

ISSN: 2616-5252

АВЧИ ЗУҲАЛ

№ 4 - 2022



МАҶАЛЛАИ ИЛМӢ-АМАЛӢ



САРДАБИР

д.и.т.

Мухаббатов Чиёнхон Курбонович

Чонишини сардабир ва

мухаррири масъул

н.и.ф., дотсент

Юсуфов Абдулло Исмоилович

АВҶИ ЗУҲАЛ

Нашрияи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии
Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Маҷаллаи илмӣ - амалӣ

Ҳар се моҳ чоп мешавад.

21-июни соли 2010 таъсис ёфтааст.

ҲАЙАТИ ТАҲРИРИЯ

Ибодов С.Т.	- д.и.т., профессор
Ҳақназарова М.А.	- д.и.т., профессор
Исмоилов К.И.	- д.и.т., профессор
Холбеков М.Ё.	- д.и.б., профессор
Раҳмонов Э.Р.	- д.и.т., дотсент
Саидов Ё.У.	- д.и.т., дотсент
Миралиев С.Р.	- д.и.т., дотсент
Азизов Г.Ҷ.	- д.и.т.
Субҳонов С.С.	- н.и.т., дотсент
Бобоева Л.А.	- н.и.т., дотсент
Раҷабов Г.О.	- н.и.б., дотсент
Назаров М.Н.	- н.и.б., дотсент

Нашри ҷорӣ: № 4 (49) 2022

Мувофиқи қарори Раёсати КОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон" 31.01. соли 2019, таҳти №29 маҷаллаи мазкур ба феҳристи маҷаллаву нашрияҳои илмӣ тақризӣ, ки КОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон барои интишори натиҷаҳои асосии илмӣ рисолаҳои докторӣ ва номзадӣ тавсия медиҳад, дохил карда шудааст.

Маҷалла дар Вазорати фарҳанги Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 21.06. 2010, таҳти №0124 ба қайд гирифта шуд.

Санаи аз нав ба қайдгирӣ 19.03.2018, 051/МҚ-97.

ШҶҶҶҶ ТАҲРИРИЯ

Гадоев Б.Ш.,	Курбонов Ҷ.М.,
Қурбонбекова П.Қ.,	Раззоқов А.А.,
Носирӣ Қ.Н.,	Раҷабов У.Р.,
Қаландаров Ё.Қ.,	Хокиров Т.З.,
Ишонқулова Б.А.,	Шерматов Д.С.,
Қурбонов С.С.,	Юлдошев У.Р.

СУРОҶАИ ТАҲРИРИЯ:

734003, Ҷумҳурии Тоҷикистон,
ш.Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ, 139.

МТД "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино"

Тел.: (+992) 44 600 36 17; (+992) 37 224 45 83

E-mail: avjizuh@tajmedun.tj

Сомона: www.avji-zuh.tj



ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
д.м.н.
Мухаббатов Джиёнхон Курбанович

Заместитель главного редактора
ответственный редактор
к.ф.н., доцент
Юсуфов Абдулло Исмаилович

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Ибодов С.Т.	- д.м.н., профессор
Хакназарова М.А.	- д.м.н., профессор
Исмоилов К.И.	- д.м.н., профессор
Холбеков М.Ё.	- д.б.н., профессор
Рахмонов Э.Р.	- д.м.н., доцент
Саидов Ё.У.	- д.и.т., доцент
Миралиев С.Р.	- д.м.н., доцент
Азизов Г.Дж.	- д.м.н.
Субхонов С.С.	- к.м.н., доцент
Бабаева Л.А.	- к.м.н., доцент
Раджабов Г.О.	- к.б.н., доцент
Назаров М.Н.	- к.б.н., доцент

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Гадоев Б.Ш.,	Курбонов Дж.М.,
Курбонбекова П.К.,	Раззоков А.А.,
Носири К.Н.,	Раджабов У.Р.,
Каландаров Ё.К.,	Хокироев Т.З.,
Ишонкулова Б.А.,	Шерматов Д.С.,
Курбонов С.С.,	Юлдошев У.Р.

AVÇI ZUHAL

Издание ГОУ "Таджикский
государственный медицинский
университет имени Абуали ибни Сино"

Научно-практический журнал
Издаётся каждые три месяца
Учреждено 21 июня 2010 года

Текущее издание:
№ 4 (49) 2022

Согласно постановлению Управления Высшей аттестационной комиссии при Президенте Республики Таджикистан от 31.01.2019 года за №29, журнал "Авчи Зу-хал" внесён в список научных рецензионных журналов, рекомендуемых ВАК при Президе-нте Республики Таджикистан для публи-кации основных научных результатов док-торских и кандидатских диссертаций.

Дата о регистрации №051/МЧ-97 от 19.03.2019.

АДРЕС РЕДАКЦИИ:
734003, Республика Таджикистан,
г. Душанбе, проспект Рудаки, 139.
ГОУ "ТГМУ имени Абуали ибни Сино"
Тел.: (+992) 44 600 36 17; (+992) 37 224 45 83
E-mail: avjizuhalt@tajmedun.tj
Сайт: www.avji-zuhalt.tj



МУНДАРИЧА

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

АКУШЕРӢ ВА ГИНЕКОЛОӢ

Зарипова М.Ч.

Детерминантҳои асосии
солимии кӯдакон, таваллуд-
шавӣ ва ғавти кӯдаконе, ки
бо вазнии ғавқулода кам
таваллуд шудаанд

8

Рашидова Ф.И.

Вазӣи солимии репродукти-
вии духтарони наврас дар
шаҳри душанбе ва НТҚ

13

Шарипова Н.А

Нақши сирояти урогениталии
модарони дорои сироятҳои
дохилибатнии ҷанин ва навзо-

дон

18

БЕМОРИҲОИ ДАРУНӢ

Алиева Е.Г., Фаттоева Н.В.

Реабилитатсияи оризаҳои
неврологии синдроми постко-
видӣ бо ёрии воситаҳои вар-
зиши муолиҷавӣ

24

БЕМОРИҲОИ КӢДАКОН

**Бабаева Л.А., Розикова К.Р.,
Ашурова Н.П., Рахмонов Т.К.**

Синдроми Лайелл дар кӯда-
кон

27

**Давлатова С.Н.,
Тоҷибоева З.А.,
Файзуллоев Ф.А.**

Хусусиятҳои ҷараёни нуқсо-
ҳои модарзодии дил дар
кӯдакони навзод ва синни
бармаҳал.

31

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

Зарипова М.Ч.

Детерминанты здоровья
детей, рождаемость и смерт-
ность детей родившихся с
экстремально низкой массой
тела

8

Рашидова Ф.И.

Репродуктивное здоровье
девочек-подростков в городе
и сельской местности

13

Шарипова Н.А

Роль урогенитальной инфек-
ции матери в интраутробном
инфицировании плода и
новорожденного

18

ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

Алиева Е.Г., Фаттоева Н.В.

Реабилитация неврологичес-
ких осложнений постковидного
синдрома с помощью средств
лечебной физкультуры

24

ДЕТСКИЕ БОЛЕЗНИ

**Бабаева Л.А., Розикова К.Р.,
Ашурова Н.П., Рахмонов Т.К.**

Синдром Лайелла у
детей

27

**Давлатова С.Н.,
Таджибаева З.А.,
Файзуллоев Ф.А.**

Особенности течения врож-
денных пороков сердца у
детей неонатального и ранне-
го возраста

31

OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Zaripova M.Ch.

Main determinants of child
health, fertility and mortality of
children born with extremely
low body weight

8

Rashidova F.I.

Reproductive health of girls-
teenagers in the city and rural
areas

13

Sharipova N.A

The role of urogenital infection
of the mother in intrauterine
infection of the fetus and
newborn

18

INTERNAL ILLNESSES

Alieva E.G., Fattoeva N.V.

Rehabilitation of neurological
complications of post-covid
syndrome with the help of
physical therapy

24

CHILDREN'S DISEASES

**Babaeva L.A., Razokova K.R.,
Ashurova N.P., Rakhmonov T.K.**

Lyell's syndrome
in children

27

**Davlatova S.N.,
Tojiboeva Z.A.,
Fayzulloev F.A.**

Features of the course of
congenital heart defects in
newborns and young children

31



**Исмоилов К.И., Расулова
С.А., Ризоева М.Н.**

Хусусиятҳои таркибии сафе-
даҳои хун ва статуси фермента-
тивии лимфоситҳо дар кӯдако-
ни гирифтори гипотрофия

36

**Исмоилов К. И., Расулова
С.А., Ризоева М.Н.**

Особенности белкового
состава крови и ферментного
статуса лимфоцитов у детей с
гипотрофией

36

**Ismoilov K.I., Rasulova S.A.
Rizoeva M.N.**

Features of the protein
composition of the blood and the
enzymatic status of lymphocytes
in children with malnutrition

36

БЕМОРИҲОИ СИРОЯТӢ

Киматов Р.С.

Хусусиятҳои клиника ва
чараҳои амёбиази рӯда дар
шароитҳои ҷумҳурии тоҷики-
стон

42

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

Киматов Р.С.

Клиническая характеристика
и течение кишечного амёби-
за в условиях Республики
Таджикистан

42

INFECTIOUS DISEASES

Kimatov R.S.

Clinical characteristics and
course of intestinal amebiasis in
the conditions of the Republic
of Tajikistan

42

БЕҲДОШТ

Мингбоев М.Л.

Механизмҳои ҳукукии назо-
рати муомилоти моддаҳои
махсус назоратшаванда дар
ҷумҳурии тоҷикистон

47

ГИГИЕНА

Мингбоев М.Л.

Правовые механизмы контро-
ля оборота особо контролиру-
емых веществ в республике
таджикистан

47

HYGIENE

M.L.Mingboev

Legal mechanisms to control
the traffic of specially
controlled substances in the
republic of tajikistan

47

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

Мухаммад Юнус Сарварӣ
Зухуроти клиникии виттигонӣ
сегм ентарӣ

52

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

Мухаммад Юнус Сарвари
Клинические проявления
сегментарного витилиго

52

DERMATOVENEROLOGY

Muhammad Yunus Sarwari.
Clinical manifestations of
segmental vitiligo

52

ОНКОЛОГИЯ

Сангинов Ҷ. Р., Хусейнзода З.Х.
Вазъи воқеии ҳадамоти сара-
тоншиносӣ ва масъалаҳои
ҳалталаби он дар ҷумҳурии
тоҷикистон

55

ОНКОЛОГИЯ

Сангинов Д. Р., Хусейнзода З.Х.
Современное состояние и
актуальные проблемы онко-
логической службы респуб-
лики таджикистан

55

Sanginov J.R., Huseynzoda Z.H.
The current state and the
problems of the oncological
service of the republic of
tajikistan

55

ОФТАЛМОЛОГИЯ

**Махмадзода Ш.К., Карим-заде
Х.Дж., Маликов М.Х., Юну-
сов И.А., Шамсиддинов Б.Н.**

Таҳқиқоти сифати ҳаёти
беморони гирифтори глауко-
ма баъди иҷро кардани цикло-
фотокоагулясия

62

ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

**Ш.К. Махмадзода, Х.Дж.
Карим-заде, М.Х. Маликов,
И.А. Юнусов, Б.Н.
Шамсиддинов**

Исследование качество жизни у
больных с глаукомой после
проведения циклофотокоагуляции

62

OPHTHALMOLOGY

**Sh.K. Mahmadzoda, H.J.
Karim-zade, M.Kh. Malikov,
I.A. Yunusov, B.N.**

Shamsiddinov Study of quality
of life in patients with
glaucoma after
cyclophotocoagulation

62



СТОМАТОЛОГИЯ

Юсупов З.Я.

Паҳншавии бемориҳои пар-
даи луобии ковокии даҳон
дар кормандони истехсоли
алюминий
66

СТОМАТОЛОГИЯ

Юсупов З.Я.

Распространенность заболе-
ваний слизистой оболочки
полости рта у работников
алюминиевого производства
66

DENTISTRY

Yusupov Z.Y.

Prevalence of diseases of the
oral mucosa in aluminum
production workers
66

ТИББИ НАЗАРИЯВӢ

**Рузиев М.М., Кенчаева И.А.,
Цураев Х.М.**

Беҳбуди озмоишгоҳҳои мик-
робиологӣ дар системаи
назорати инфексионӣ барои
пешгирӣ ва таъботати уфуна-
тҳои бемористонӣ дар бемори-
хонаҳо мушахасоти ҷарроҳӣ
71

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

**Рузиев М.М., Кенджаева
И.А., Джуроев Х.М.**

Оптимизация микробиологичес-
ких лабораторий в системе
инфекционного контроля для
профилактики и лечения госпи-
тальных инфекций в стациона-
рах хирургического профиля
71

THEORETICAL MEDICINE

**M.M. Ruziev. I.A. Kenjaeva,
Kh.M. Juraev**

Optimization of microbiological
laboratories in the infection
control system for prevention
and treatment of hospital
infections in hospitals surgical
profile
71

ФАРМАКОЛОГИЯ

**Музафарова М.Х.,
Насруллоева М.Х.,
Хилолова М.Х.**

Омӯзиши захронокӣ чамъи
ғиёҳии зидди диабетии «чор-
барг» (дар таҷриба)
78

ФАРМАКОЛОГИЯ

**М.Х. Музафарова,
М.Х. Насруллоева,
М.Х. Хилолова**

Изучение токсичности анти-
диабетического сбора "чор-
барг" (в эксперименте)
78

PHARMACOLOGY

**Muzafarova M.H.,
Nasrulloeva M.H.,
Hilolova M.H.**

Study of toxicity of
antidiabetic collection
"chorbarg"
78

**Озеров А.А.,
Гулмахмадзода З.Г.**

Синтези пайвастагии 2-бром-6-
фтор-7-метил-5-оксо-5н-1,3,4-
тиадиазол[3,2-а] пиримидин
81

**А.А. Озеров,
З.Г. Гулмахмадзода.**

Синтез соединения 2-бром-6-
флуорон-7-метил-5-оксо-5н-1,3,4-
тиадиазол[3,2-а]пиримидина
81

**A.A. Ozerov,
Z.G. Gulmahmadzoda**

Synthesis of 2-bromo-6-fluoro-
7-methyl-5-oxo-5h-1,3,4-
thiadiazole[3,2-a]pyrimidine
81

**Хочаева З.Г.,
Қурбонбекова Ш.Ш.**

Иқтидори захиравии техноло-
гияҳои парвариши дарманан
турнефора ва сантолинибарг дар
шароити Тоҷикистони Марказӣ.
85

**Ходжаева З.Г.,
Қурбонбекова Ш.Ш.**

Ресурсный потенциал технология
возделывания полыни турнефора
и сантолинолистной в условиях
Центрального Таджикистане
85

**Khodjaeva Z.G.,
Kurbonbekova Sh.Sh.**

Resource potential and technology
of cultivation of artemisia
tournefort and santolino leaf in the
conditions of Central Tajikistan
85

Холикова О.У.

Хусусияти зидди токсикӣ
маводи тагетол ҳангоми
заҳролудкунии ҷигар бо
заҳри ҷигаркуши сс14 дар
калламушҳои сафед
89

Холикова О.У.

Антитоксические свойства
тагетолы при токсическом
поражении печени на фоне
токсического воздействия
сс14 на белых крысах
89

Kholikova O.U.

Antitoxic properties of tagetol
in white rats with liver toxic
damage on the background of
сс14 toxic exposure
89

ЧАРРОҲӢ

ХИРУРГИЯ

SURGERY

Мавлонов Ф.Б., Исмоилзода С.С., Зокиров Р.А., Достиев У.А.
Накши CD34+ хучайраҳои хуни периферийи пеш аз чамъоварии хучайраҳои бунёди бо истифода аз лейкоферез
95

Мавлонов Ф.Б., Исмоилзода С.С., Зокиров Р.А., Достиев У.А.
Роль CD34 +-клеток периферической крови перед забором стволовых клеток с помощью лейкофереза
95

Mavlonov F.B. Ismoilzoda S.S., Zokirov R.A. Dostiev U.A.
The role of CD34+ peripheral blood cells before stem cell collection using leukapheresis
95

Исмоилзода С.С., Зокиров Р.А., Мавлонов Ф.Б., Достиев У.А.
Омилҳое, ки ба иҷрои чамъоварии хучайраҳои бунёди аутологии хуни перифералӣ таъсир мерасонанд
99

Исмоилзода С.С., Зокиров Р.А., Мавлонов Ф.Б., Достиев У.А.
Факторы, влияющие на эффективность забора аутологичных стволовых клеток периферической крови
99

Ismoilzoda S.S., Zokirov R.A., Mavlonov F.B., Dostiev U.A.
Factors affecting the peripheral blood autologous stem cell collection performance
99

ШАРҲИ АДАБИЁТ

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

LITERATURE REVIEW

Мухаббатов Ч.К., Аннаев М.Б., Хамроев Б.М., Нозимов Ф.Х.
Стенозы пазазчарроҳии каналли маъъад
105

Мухаббатов Дж.К., Аннаев М.Б., Хамроев Б.М., Нозимов Ф.Х.
Послеоперационный стеноз анального канала
105

Mukhabbatov J.K., Annaev M.B., Khamroev B.M., Nozimov F.Kh.
Postoperative anal stenosis
105

Начибулло Сикандар
Тактикаи табобат ҳангоми шикастагиҳои шоҳаи дандоншакли муҳраи гардан: шарҳи маълумотҳои муосир
116

Наджибулло Сикандар
Тактика лечения при переломах зубовидного отростка второго шейного позвонка: обзор современных данных
116

Najiballah Sikandar
Tactics of treatment for fractures of the odontoid process of the second cervical vertebra: overview of current data
116

Саидов А.С., Гулов Ф.М., Салимов Ч.С., Хамроев Б.М.
Мушкilotи ташхис ва муолиҷаи носурҳои хориҷиҳалқа-мушакии атрофи маъъадӣ
120

А.С. Саидов, Ф.М. Гулов, Дж.С. Салимов, Б.М. Хамроев
Проблема диагностики и лечения экстрасфинктерных параректальных свищей
120

A.S. Saidov, F.M. Gulov, J.S. Salimov, B.M. Khamroev
The problem of diagnostics and treatment of extraspincter pararectal fistulas
120

Талабова М.М., Саидов Ё.У.
Артрита ревматоидӣ бо зухуроти системавӣ ва осебҳои системаи кардиоваскулярӣ: вазъи муосири проблема
129

Талабова М.М., Саидов Ё.У.
Ревматоидный артрит с системными проявлениями и поражением кардиоваскулярной системы: современное состояние проблемы
129

Talabova M.M., Saidova Y.U.
Rheumatoid arthritis with systemic manifestations and cardiovascular involvement: current status of the problem
129

Тохтаходжаева С.Т., Уманова Н.Э., Тагаева Ш.О.
Баъзе ҷанбаҳои этиологӣ, патогенез ва муносибат ба муолиҷаи иллатҳои эндодонти-пародон-талӣ
139

Тохтаходжаева С.Т., Уманова Н.Э., Тагаева Ш.О.
Некоторые аспекты этиологии, патогенеза и подхода к лечению эндодонто-пародонтального поражения
139

Tokhtakhojaeva S.T., Umanova N.E., Tagaeva Sh.O.
Some aspects of etiology, pathogenesis and the approach to the treatment of endodontic-parodontal lesion
139



ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

Анварова Ш.С., Музафарова М.Э.
Нишондиҳандаҳои метаболизми устухон дар занҳои бемори гирифтори диабети қанд тип 2 давраи баъди ҳайзбинӣ дар манотиқи та-валлудшавии зиёд.
145

Анварова Ш.С., Носирова Б.С., Ҷаборова М.С.
Дар бораи иртиботи мутақобилаи фарбеҳии вистсералӣ ва нейропатии диабетӣ дар занҳои доройи диабети прегестационӣ
148

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

Анварова Ш.С., Музафарова М.Э.
Показатели костного метаболизма у женщин больных сахарным диабетом 2 типа постменопаузального периода в регионе высокой рождаемости.
145

Анварова Ш.С., Насырова Б.С., Джаборова М.С.
Взаимосвязи висцерального ожирения и диабетической нейропатии у женщин с прегестационным диабетом
148

ENDOCRINOLOGY

Anvarova Sh.S., Muzafarova M.E.
Indicators of bone metabolism in postmenopausal women with type 2 diabetes mellitus in the region of high birth rate.
145

Anvarova Sh. S., Nasyrova B. S., Dzhaborova M. S.
On the relationship between visceral obesity and diabetic neuropathy in women with pregestational diabetes
148

ҒАЙРИТИББӢ

Гулов М.К., Маҳкамбойзода Ф.
Оид ба давраи сабзиш ва маҳсулнокии навъҳои Картошка дар шароити ноҳияи Деваштич
154

Ишмирзоев Р.Э.
Анатомияи морфофункционали талхадон ҳангоми бемориҳои санги талха
157

Қурбанова М.Б., Сабурова А.М., Носирҷонова Х.Р., Маҳсудова М.С.
Тағйирёбии системаи про- ва антиоксидантӣ ҳангоми захролудшавӣ бо чорхлорметан
167

Раҳимова Б.Н.
Самаранокии терапевтии албсинкати ва малбсинкати ҳангоми бемориҳои сироятӣ ва инвазии ҳайвонот
173

НЕМЕДИЦИНСКИЕ

Гулов М.К., Маҳкамбойзода Ф.
Период прорастания и продуктивности сортов картофеля в условиях Деваштинского района
154

Ишмирзоев Р.Э.
Морфофункциональная анатомия желчного пузыря при желчнокаменной болезни
157

Курбанова М.Б., Сабурова А.М., Насырджанова Х.Р., Махсудова М.С.
Изменение про- и антиоксидантной системы при острой интоксикации с тетрахлорметаном
167

Рахимова Б.Н.
Терапевтическая эффективность альбцинката и мальбцинката при инфекционных и инвазионных болезнях животных
173

NON-MEDICAL

Gulov M.K. Mahkamboyzoda F.
On the period of germination and productivity of potato varieties under the conditions of the devashtich district
154

Ishmirzoev R.E.
Morphofunctional anatomy of gallbladder in cholelithiasis
157

Kurbanova M.B., Saburova A.M., Nasirjanova Kh.R., Makhsudova M.S.
Changes in pro- and antioxidant system during acute intoxication with tetrachloromethane
167

Rakhimova B.N.
Therapeutic effectiveness of albzincat and malbzincat in infectious and invasive diseases of animals
173

АКУШЕРӢ ВА ГИНЕКОЛОГИЯ

ДЕТЕРМИНАНТҲОИ АСОСИИ СОЛИМИИ КӢДАКОН, ТАВАЛЛУДШАВӢ ВА ФАВТИ КӢДАКОНЕ, КИ БО ВАЗНИИ ФАВҚУЛОДА КАМ ТАВАЛЛУД ШУДААНД

Зарипова М.Ч

Кафедраи бемориҳои кӯдакон №1, МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»
Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе.

Муҳимият. Оғози ҳазораи нав бо татбиқ шудани амалияи нигоҳубини кӯдакони аз зоиши ниҳоят бармаҳал ба дунё омада, дар амалия шухрат пайдо кардааст. Моҳияти масъала ба ҳифзи ҳаёт ва солимии навзодони норасиде дахл дорад, ки вазни ниҳоят кам (ВНК) ва вазни фавқулода кам (ВФК) доранд ваҳалли мушкилоти мазкур дар алоқамандӣ бо такмил ёфтани мукамал гардидани технологияи нигоҳубини ин категорияи навзодон имконпазир гардид, аммо соли 2008 бо тавсия ТУТ ворид кардани меъёрҳои нав дар мавриди зиндатаваллудшудагон дар ҚТ, хеле муҳим буд[2,6]. Натиҷаи таҳқиқотҳои охир аз он далолат менамояд, ки сол то сол нишондиҳандаи басомади зоимониҳои пешазмуҳлат дар аксари кишварҳо, бар шумули давлатҳои ИДМ амалан ба тағйиротҳои ҷиддӣ рӯ ба рӯ нашудааст ва он дар ҳудуди аз 5 то 12%-ро ташкил медиҳад. Дар байни тамоми навзодон ҳиссаи кӯдакони бо вазни кам таваллудшуда 10-12%-ро ташкил медиҳад. Аз ин шумор тақрибан 2% ба ҳиссаи онҳое рост меояд, ки бо вазни ниҳоят кам (ВНК) тааллуқ доранд ва теъдоди кӯдакони вазни фавқулода камдошта(ВФК) бошад, 0,5%-ро ташкил менамоянд [3,4,7,8].

Нишондиҳандаи солимӣ дар доири навзодоне, ки гирифтӣ ба басомади баланди шакли вазнини бемориҳои соматикӣ ва патологияи САМ буда, вазни хеле кам, хусусан вазни фавқулода кам доранд, коҳиш меёбад. Тамоми мушкилоти мазкур барои мутахассисони соҳа, на танҳо барои соҳаи тандурустӣ, балки бештари соҳоти иҷтимоӣ боиси ташвиш гаштааст, зеро дар чунин гурӯҳи беморон эҳтимоли инкишоф ёфтани маъюбшавӣ хеле баланд аст [4,6,8,9].

Муаллифони бешумори хориҷӣ бар онанд, ки нишондиҳандаи зиндамонӣ аз та-

валлудшавии ниҳоят бармаҳали пешазмуҳлат аз вазн вобастагӣ дорад, зеро кӯдакони вазнашон аз 500 то 750г – 30-45% ва нишондиҳандаи зиндамонӣ дар мавриди онҳое, ки то 1000 г вазн доранд, ду баробар афзуда, 80%-ро ташкил медиҳад. Аммо теъдоди муайяни кӯдакон бо чунин вазн ба гурӯҳи солимҳо шомиланд ва ҷамъи адади онҳо аз 10 то 25% зиёд нест. Бо вуҷуди ин ҳиссаи асосии кӯдакон гирифтӣ ба бемории вазнини асаб буда, ба гурӯҳи маъюбон шомиланд (маъюбӣ аз давраи кӯдакӣ – фалаҷи кӯдаконаи мағзи сар, карӣ, нобиноӣ, камалӣ) ва теъдоди онҳо тақрибан ба 1/3 расида, то 32%-ро ташкил менамояд. Нишондиҳандаи оқибатҳои номусоид дар миёни кӯдакони зиндамондаи гирифтӣ ба ВФК ба 40-50 % мерасад, яъне ҳар қадар лоғар бошад, нишондиҳандаи марганҷомӣ ҳамон қадар баландтар гардида, то ба 70% наздик мегардад. Дар сохтори сабабҳои маъюбшавӣ афзалан ҳолатҳои чун бемории системаи асаб ва узвҳои ҳис то 30%, ихтилолоти асаб то 12% ва амрозии узвҳои нафас то 7% ба мушоҳида мерасад [7,8,9].

Зоимони пешазмуҳлатро аз рӯи инсоф ба “синдроми калони акушерӣ” шомил намудаанд ва яқинд гурӯҳи омилҳо – падарӣ, модарӣ, ҷанинӣ ва омилҳои эпигенезӣ ба ҳамаи ин сабаб шуда метавонад [9,10].

Зимни раванди зоишҳои ниҳоят бармаҳали пешазмуҳлат дар организми зани ҳомила аз рӯи маълумоти ГТБ (ГТБ – гликопротеини трофобластӣ) дар заминаи ихтилолоти функцияи пардаи машина, ки сатҳи пасти гликоделин дар сатҳи барвақтӣ ва баланди ПАМГ (б1- микроглобулини машинавӣ) дар муҳлати нисбатан таъхирафта мушоҳида мешавад, фаъолнокии паси функционалии синцитиотрофобласт муайян шудааст.



Дар марҳалаи муосири инкишофи перинатологӣ мушкилоти бартарияти мурдатаваллудшавӣ бар кӯдаконе, ки дар давраи барвақтии перинаталӣ мефавтанд, боқӣ мондааст [7]. У.Перкас ба “қонун дар бораи марг” таъя карда, менависад, ки коэффитсенти нисбатан мувофиқи таносуби мурдатаваллудшавӣ ва навзодони фавтида дар ДБП 1 : 1-ро ташкил медиҳад. Рафту агар коэффитсенти мазкур андаке аз таносуби 1:1 зиёдтар бошад, пас бо боварии комил эҳтимол кардан мумкин аст, ки баъзе ҳодисаҳои марганҷомиро дар ДБП ҳамчун мурдатаваллуд ба қайд гирифтаанд ва он дар нисбати саҳеҳияти маълумотҳои оморӣ мушкилоти нав эҷод мекунад [8,9].

Ҳамин тавр, дар солҳои охир татбиқи технологияи замонавӣ ва муссиҳаҳои соҳавиро бо дастгоҳҳои тиббии муосир мучаҳҳаз намудан, мукамал гардидани дониши иқтисодии кадрӣ дар беҳтар гардидани нишондиҳандаҳои зиндамонии кӯдакони вазнашон кам саҳми асосӣ доранд.

Мақсади кор. Омӯзиши динамикаи зиндамонии кӯдакони гирифтӣ ба ВФК ҳангоми дар давраи аз солҳои 2016 то 2020таваллуд шудан.

Мавод ва усулҳои таҳқиқ.Дар чараёни кор ахбороти ҳисоботӣ дар давраи аз солҳои 2016 то 2020, қолаби 12 «Ҳисобот оид ба бемориҳои минтақаи хизматрасонии марказҳои саломатӣ», ки бо фармони №54 аз “11” октябри соли 2013 тасдиқ шудааст, таҳлил карда шуданд.

Таҳлили оморӣ ахбороти ҳосилшуда ба асоси бозбинии маълумотҳо бо истифодаи компютери шхсӣ дар системаи амалиёти MicrosoftWindows 10 ба воситаи пакети за-

милавии Excel 10 ба роҳ монда шуд. Таҳлили оморӣ маълумотҳо бо истифода аз пакети барномаҳои SPSS 25 (IBM SPSS Statistics, ИМА, иҷозатномаи № 5725-A54) ба амал оварда шуд. Гипотеза аз усули навӣ тақсимои нишонаҳои миқдорӣ ба воситаи меъёри Шапиро–Уилка ва Колмогоров–Смирнов санҷид шуд. Таҳлили оморӣ маълумотҳои ҳосилшуда ба асоси коркарди маълумотҳои бо истифодаи компютери шахсӣ дар системаи амалиётӣ ба роҳ монда шуд.

Натиҷаи таҳқиқамӯҳокимаи он. ТУТ тӯли зиёда аз ним қарн барои иваз кардани таърифи кӯдакони норасидро гом набардошт: навзодони дар муҳлати гестатсияи аз ҳафтаи 22 то 37 таваллудшуда, ки вазнашон аз 500 г зиёд нест, ба чунинҳо шомиланд (WHO: Recommended definitions, 1977).

Вазн барои ба се зергурӯҳ тақсим кардани кӯдакони вазнашон кам маҳаки асосӣ ба ҳисоб меравад: навзодони вазнашон кам, lowbirthweight (НМТ, LBW) 1501-2500 г.; навзодони вазнашон ниҳоят кам, verylowbirthweight (ОНТМ, VLBW) 1001-1500 г.; бо вазни ғавқулода кам, extremelylowbirthweight (ЭНМТ, ELBW) то 1000 г (WHO: Lowbirthweight, 2004).

Дар ҚТ хизматрасонии ёрӣ барои таваллудкунӣ ва иҷтимоӣ аз 28.04 соли 2008 дар асоси фармони № 202 Бо тавсияи ТУТ ба меъёрҳои нави зиндатаваллуд ва мурдатаваллуд гузаштааст. Аз он вақт дар мамлакат бақайдгирии таваллудшудагони вазнашон 500г ва зиёд аз он ҷорӣ шуд.

Таҳлили оморӣ маълумотҳои нишон дод, ки дар ҚТ (ҷадвали 1) тӯли солҳои 2016 то 2020 динамикаи устувори теъдоди кӯдако-

Ҷадвали 1.- Нишондиҳандаи таваллуд шудани навзодон (тибқи формаи 32)

Нишондиҳанда	Солҳо					p
	2016	2017	2018	2019	2020	
Ҳамагӣ навзод таваллуд шуд	249528	232602	248535	246399	247086	
Афзоиши мутлақ		- 16926	+15933	- 2134	+687	
Суръати афзоиш бо %		-6,8	+6,8	-0,9	0,3	
Суръати коҳишёбӣ бо %		93,2	106,8	99,1	100,3	
Аз ин миқдор норас-ид таваллудшуда	13898	13405	13356	12541	12838	
Афзоиши мутлақ		- 493	- 49	- 815	+297	
Суръати афзоиш бо %		-3,5	-0,4	-6,1	2,4	
Суръати афзоиш бо %		96,5	99,6	93,9	102,4	
Садарсади аз тамоми таваллудшудагон	5,5	5,7	5,3	5,0	5,1	

ни зиндатаваллудшуда бо тағйироти андаке дар солҳои гуногун хифз шудааст. Ҳамин таврсоли 2017 нишондиҳандаи афзоиши мутлақ барои 16926 (-6,8%) суръати манфӣ касб намуд, дар ҳоле ки соли 2018 динамикаи мусбати афзоиш (+6,8%) мушоҳида гардид. Солҳои минбаъда динамикаи нишондиҳандаҳо тағйироти ҷиддӣ надошта, мутаносибан дар солҳои 2019-2020 аз 0,9 то 0,3%-ро ташкил менамуд.

Соли 2016 аз теъдоди умумии зиндатаваллудшудагон 5,5% ба ҳиссаи норасидҳо рост омада ва нишондиҳандаи мазкур тӯли 5 сол ба тағйироти ошкорое рӯ ба рӯ нагашт ва дар соли 2020 5,1%-ро ташкил дод.

Кӯдакони лоғар бо вазни фавқулода кам(ВФК) - аз 500 г то 1000 г бештар сазовори таваҷҷуҳанд, зеро дар байни навозодони бо чунин қачии вазн нишондиҳандаи мурдатаваллуд баландтар буда, онҳое ки зинда мондаанд, оянда зиёд аз нисфашон маъюб хоҳанд шуд.

Бар пояи ахбороти бештари муҳаққиқон аз теъдоди умумии таваллудшудагон - 0,52%, дар муҳлати 22—27 ҳафта, дар фавт-нокии навоздон «саҳми» кӯдакони гирифтор

ба ВФК 15,0%-ро ташкил медиҳад. Дар байни кӯдакони ниҳоят бармаҳали пешазмуҳлат таваллудшуда навозодони вазнашон аз 500 то 749 г мушкilotи калон доранд ва нишондиҳандаи зиндамонӣ дар онҳо қиёсан ба навозодони вазнашон 750-999 г 4-5 маротиба камтар аст [4]. Яке аз сабабҳо он аст, ки навозодони вазнашон 500—749 г ба “қитъаи қобилияти ҳудудии ҳаётидошта” шомил гардидаанд ва зинда мондан дар байни ин гурӯҳ ниҳоят мушкил асту беморшавӣ дар миёни зиндамондагон ниҳоят зиёд [5].

Нишондиҳандаҳои асосии солимӣ, таваллудшавӣ ва фавтро дар байни кӯдакони мубтало ба ВФК таҳлил намуда (ҷадвали 2), чунин муайян намудем, ки аз теъдоди умумии кӯдакони норасид ҳамасола тақрибан 6% ба чунин категорияи камвазнҳо рост меоянд. Таҳлили тақсимои солоне нишон дод, ки аз ҳама бештар кӯдакони то 1000 г вазндошта қиёсан ба соли 2018, ки гирифторони ВФК аз теъдоди умумии кӯдакони бо чунин вазни қач таваллудшуда 691 (5,1%) нафарро ташкил медоданд, соли 2017 бештар буда, ададашон ба 926 (6,9%) мерасад, ки 1,8% зиёдтар мебошанд.

Ҷадвали 2.- Нишондиҳандаи таваллудшавӣ ва фавти кӯдаки вазнаш то 1000 г

Нишондиҳандаҳо	Солҳо					
	2016	2017	2018	2019	2020	p
Аз теъдоди умумӣ норасид таваллудшуда	13898	13405	13356	12541	12838	
Ҳамагӣ кӯдакони бо ВФК таваллудшуда	790	926	691	702	694	
% кӯдакони гирифтор ба ВФК	5,6	6,9*	5,1*	5,5	5,4	
Мурдатаваллудшуда	468	593	355	384	358	
% мурдатаваллудшуда	59,2	64,0*	51,3*	54,7	51,5	
Зиндатаваллудшуда	322	333	336	318	336	
% зиндатаваллудшуда	40,8	36,0*	48,7*	45,3	48,5	
Ҳамагӣ фавтид	296	264	285	259	295	
% кӯдакони фавтида	91,9*	88,2	84,8	81,4*	87,7	
То 7 шабонарӯз фавтид	224	250	256	240	277	
% МБН фавтида	75,6*	94,6*	89,8	92,6	93,8	
Баъди 7 шабонарӯз фавтида	21	15	15	16	16	
% дар давраи неонаталӣ фавтида	7,0*	5,6	5,2*	6,1	5,7	
% кӯдакони зинда аз теъдоди умумии зиндатаваллудшудагон	4,0	3,9	3,8	3,3*	4,4*	

Эзоҳ: Фарқи оморӣ нишондиҳандаҳои фавтнокӣ дар солҳои гуногун ($P < 0,05$)

Ба он далел, ки зиёда аз нисфи кӯдакони вазнашон то 1000 г мурда таваллуд мешаванд, таваҷҷуҳ кардан зарур аст. Тӯли 5 соли таҳлилӣ соли 2017 кӯдакони дар давраи антенаталӣ фавтида бештар таваллуд шудааст,

ки адади он ба 593 (64%) мерасад ва ин нишондиҳанда дар соли 2018 қиёсан ба соли 2017 238 адад камтар буд. Аз соли 2018 то соли 2020 теъдоди умумии ҷанинҳои дар давраи антенаталӣ фавтида 1097 ададро



ташкил медод, ки ба ҳисоби миёна ба ҳар сол 365 кӯдак рост меояд.

Нишондиҳандаи адади зиндатаваллудшудагон дар тӯли 5 сол амалан устувор боқӣ монда, аз 322 кӯдак дар соли 2016 то 336 навзодро дар соли 2020 ташкил дод. Камтарин теъдоди зиндатаваллудшудагон соли 2016 ба қайд гирифта шуд, ки он 322 навзодро ташкил медод ва нишондиҳандаи зиндатаваллудшудагон дар ин сол ба 40,8% аз шумори умумии кӯдакони гирифтӣ ба ВФК расида буд.

Аз шумори умумии зиндатаваллудаҳо дар тӯли давраи неонаталӣ зиёда аз 2/3 вафот намуданд, ки бештарини онҳо - 91,9% соли 2016 ҷавбиданд. Дар тамоми солҳои баъдина адади ҷавбидаҳо зимни давраи неонаталӣ дар ҳудуди аз 88,2%-и соли 2017 то 81,4% дар соли 2020 тағйир меёфт.

Давраи перинаталӣ марҳалаҳои антенаталӣ, интранаталӣ ва барвақтии неонаталӣро дар бар мегирад, ки муҳлати он аз 22 ҳафтаи пурраи гестатсия то 7 рӯз ё 168 соати аввалипас аз таваллуд мебошад, яъне замоне ки ба навзод дар ин марҳала омилҳои зиёда таъсир мерасонанд. Бар пояи маълумоти аксари муаллифон омилҳои, ки ба ҷараён ва оқибатҳои давраи перинаталӣ таъсири ҷиддӣ расонида метавонанд, ба чор синфи асосӣ ғурӯҳбандӣ шудаанд ва он метавонанд дар алоҳидагӣ ё якҷоя таъсир расонанд: 1. тиббӣ-биологӣ: бемориҳои хориҷигениталӣ (бемориҳои системаи пешобу таносулӣ, камхунӣ, бемории СДР ва ғ.) искоти ҳамл дар анамнез, гестози таъхирафта; 2. иҷтимоӣ-беҳдоштӣ: сатҳи пасти маълумот, аз даст додани кор, шароити

ғайриқаноатбахши манзили зист; 3. Омилҳои зараррасони истеҳсолот ва муҳити атроф; 4. Ба эътибор нагирфтани дараҷаи хатари ҳомилагӣ ба оқибатҳои барои модару кӯдак (мавҷуд набудани назорати динамикӣ, дер ба қайд гирифтӣ, мавҷуд набудани патронаж).

Дар ҳоли ҳозир исбот шудааст, ки бемориҳои перинаталӣ узву системаҳои мухталифи кӯдакон аз зоимониҳои ниҳоят бармаҳалипешазмуҳлат бо ниҳоят вазнин будан, гуногунӣ ва ихтилолоти комплекси худ фарқ мекунад.

Доираи синфи асосии бемориҳо, ки ба кӯдакони аз зоимониҳои ниҳоят бармаҳалипешазмуҳлат хос аст ва замоне ки раванди аз ҷиҳати клиникӣ муҳим ба системаи асаб (хунрезии пре ва интравентрикулярӣ дараҷаи 3–4, лейкомалятсияи киставӣ перивентрикулярӣ), нафас (синдроми ихтилолоти нафас, дисплазияи нойи нафасу шушҳо), бемориҳои табибзод (ретинопатияи дараҷаи 3–4) якҷоя бо дигар ҳолатҳо (маҷрои кушодаи шарён, энтероколитинекрозшавананда, сепсис, ихтилолоти ғизо, халалҳои мубодилаи моддаҳо) таъсир мерасонанд, дар аксари ҳолатҳо ба маъюбшавӣ мусоидат менамоянд.

Ҳамин тавр, 1. Басомади нишондиҳандаи таваллуд шудани кӯдакони бо ВФК дар ҚТ дар ҳудуди аз 5,1 то 6,9 тағйир меёбад 2. Таносуби коэффитсиенти «У. Перкса» мурдатаваллудшудагон ба навзодони дар МБН ҷавбида 1,4:1-ро ташкил медиҳад. 3. Теъдоди дар МБН ҷавбидагон дар ҳудуди аз 75,6 то 94,6% тағйир меёбад ва ба ҳиссаи МН ҷавбидаҳо аз 5,2 то 7,0% рост меояд.

Адабиёт

1. Суханова Л.П., Бушмелева Н.Н., Сорокина З.Х. Младенческая смертность в России с позиций достоверности ее регистрации. Электронный журнал «Социальные аспекты здоровья населения» 2012. №6. С.28.
2. Радзинский В.Е. Нерешенные проблемы репродуктивной медицины Актовая речь. Пост-релиз и материалы научной программы 5-го общероссийского семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контр версии». М: StatusPraesens 2012. С.4—6.
3. Сон И.М., Леонов С.А., Огрызко Е.В., Суханова Л.П., Богуславский М.А., Божко В.Н. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. Сборник. М 2013. С.3—16.

4. Башмакова Н.В., Ковалев В.В., Литвинова А.М., Девятова Е.О., Якорнова Г.В., Чарипова Б.Т. Выживаемость и актуальные перинатальные технологии при выхаживании новорожденных с экстремально низкой массой тела. *Росвестнауш-гинекол* 2012. №12. С. 4—7.
5. Фарейтор Е.В., Черданцева Г.А., Литвинова А.М., Пестряева Л.А. Клинико-метаболические особенности новорожденных с очень низкой массой тела. *Урал мед журнал* 2008. №12. С. 100—104.
6. Артюхов И.П., Цхай В.Б., Капитонов В.Ф., Коновалов В.Н., Роговенко Е.Ю. Семейные и медицинские проблемы, связанные с рождением и выхаживанием детей, родившихся с экстремально низкой массой тела. *Сиб мед обозрение* 2011. № 3. С. 98—103.
7. Байбарина Е.Н. Дети с экстремально низкой массой тела: заблуждения, сомнения, перспективы. *Всероссийский форум «Мать и дитя», 11-й: Материалы. М 2010. №4. С. 609—610.*
8. Коновалов О.Е., Харитонов А.К. Современные тенденции перинатальной и неонатальной смертности в Московской области // *Вестник РУДН, серия Медицина*. 2016. № 1. С. 135—139.)
9. Singh J. Resuscitation in the «gray zone» of viability: determining physician preferences and predicting infant outcomes. *Pediatrics* 2007. V.120 #3. P. 519—526.
10. Lucovnik M, Kuon RJ, Chambliss LR, Maner WL, Shi SQ, Shi L et al. Use of uterine electromyography to diagnose term and preterm labor. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2011. V. 90. №2. P. 150—157

ДЕТЕРМИНАНТЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, РОЖДАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ ДЕТЕЙ РОДИВШИХСЯ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Зарипова М.Ч.

Резюме: Цель работы. Изучить динамику выживаемости детей с экстремально низкой массой тела при рождении за период с 2016 по 2020 гг.

Материалы и методы исследования. В процессе работы был проведен анализ отчетные данные за период с 2016 по 2020 гг. Форма 12 «Ҳисоботи ба бемориҳои минтақаи хизматрасони марказҳои саломатӣ» утвержденная приказом №54 аз “11” октяб-ря. 2013 г.

Результаты и их обсуждение. В 2017 году показатель абсолютного прироста имел отрицательный темп прироста на 16926 детей (-6,8%), тогда как в 2018 г. отмечено положительная динамика прироста (+6,8%), другие последующие годы динамика показателей не имела существенных колебаний и составило от (0,9 до 0,3% в 2019 и 2020 гг. со-

ответственно). Из общего числа живорожденных на протяжении неонатального периода умерло более 2/3 детей, из них больше всего 91,9% умерли в 2016 г., все последующие годы показатель числа умерших в неонатально периоде колебалось в пределах от 88,2% в 2017 до 81,4% в 2020 г.

Выводы: 1. Частота показателя рождения детей с ЭНМТ в Республике Таджикистан колеблется в пределах от 5,1 до 6,9. 2. Соотношение коэффициента «У. Перкса» мертворожденных к умершим новорожденным в РНП, составляет 1,4:1. 3. Число умерших в РНП колеблется от 75,6 до 94,6%, на долю умерших в НП приходится от 5,2 до 7,0%.

Ключевые слова, экстремально низкая масса тела, сверххранение преждевременные роды, перинатальная смертность.



MAIN DETERMINANTS OF CHILD HEALTH, FERTILITY AND MORTALITY OF CHILDREN BORN WITH EXTREMELY LOW BODY WEIGHT

Zaripova M.Ch.

Summary: The purpose of the work. To study the dynamics of survival of children with extremely low birth weight for the period from 2016 to 2020.

Materials and research methods. In the process of work, an analysis was made of the reporting data for the period from 2016 to 2020. Form 12 “hysobotoid babemorihoiminta qaihizmatrasoniymarkazhoisalomati” approved by order No. 54 az “11” of October. 2013.

Results and its discussion. In 2017, the absolute growth rate had a negative growth rate for 16,926 children (-6.8%), while in 2018 there was a positive growth trend (+6.8%), in other subsequent years, the dynamics of indicators did not have significant fluctuations and amounted

to from (0.9 to 0.3% in 2019 and 2020, respectively). Of the total number of live births during the neonatal period, more than 2/3 of the children died, of which the most 91.9% died in 2016, all subsequent years, the number of deaths in the neonatal period ranged from 88.2% in 2017 to 81.4% in 2020.

Conclusions: 1. The frequency of birth of children with ELBW in the Republic of Tajikistan ranges from 5.1 to 6.9. 2. The ratio of the coefficient “U. Perx ratio of stillborns to dead newborns in RNP is 1.4:1. 3. The number of deaths in the RNP ranges from 75.6 to 94.6%, the share of deaths in the NP falls from 5.2 to 7.0%.

Key words, extremely low body weight, very early preterm birth, perinatal mortality.

Зарипова М.Ч. – унвонҷӯи кафедраи бе ориҳои кӯдакон №1, mavjud@inbox.ru тел. 987 94 59 12,
Зарипова М.Ч. – соискатель кафедры детских болезней №1, mavjud@inbox.ru тел. 987 94 59 12,
Zaripova M.Ch. – Competitor of the Department of Children’s Diseases No. 1, email: mavjud@inbox.ru. tel. 987 94 59 12

ВАЗЪИ СОЛИМИИ РЕПРОДУКТИВИИ ДУХТАРОНИ НАВРАС ДАР ШАХРИ ДУШАНБЕ ВА НТЧ

Рашидова Ф.И.

МД “Маркази ҷумҳуриявии илмию клиникии педиатрӣ ва ҷарроҳии кӯдакон”

Мубрамиат: Масъалаҳои вобаста ба афзоиш ва инкишофи синну соли репродуктивӣ яке аз масъалаҳои асосӣ дар соҳаи тандурустӣ боқӣ монда, аҳамияти худро гум намекунанд [3,5]. Барои беҳтар намудани нишондиҳандаҳои солим дар ин самт, бахусус омӯзиши вазъи синну соли репродуктивӣ аз 22 июни соли 2019 Ҳукумати ҚТ «Барномаи миллии солимии репродуктивӣ барои солҳои 2019-2022»-ро қабул кардааст.

Солимии репродуктивӣ дар доираи пешниҳоди ТУТ ҳамчун мафҳуми саломатӣ «ҳолати неқӯаҳволии комили ҷисмонӣ, равонӣ ва иҷтимоӣ ва на танҳо мавҷуд набудани бемориҳо» мебошад, ба солимии репродуктивӣ равандҳои репродуктивӣ, функцияҳо ва системаҳо дар ҳама марҳилаҳои ҳаёти инсон тааллуқ дорад.

Солимии репродуктивӣ маънои онро дорад, ки дар одамон мавҷуд будани имконияти бурдани ҳаёти масъулиятнок, қаноатмандӣ ва беҳатари ҷинсӣ, қобилияти наслгузоштан ва инчунин мустақилона қарор қабул кардан, оё онҳо бояд насл дошта бошанд, кай ва чанд маротиба[5].

Ин ҳуқуқи мардон ва занонро барои гирифтани маълумотҳо ва дастрасӣ ба усулҳои беҳатар, натиҷабахш, арзон ва истифодашавандаи қобили қабули танзими репродуктивии интиҳобкардаи худ, инчунин ҳуқуқ ба хизматрасониҳои тиббии санитарии мувофиқ, ки ба занон беҳатариҳои ҳомиладорӣ ва таваллудро таъмин менамояд ва ба ҷуфтҳои оиладор эҳтимоли зиёди таваллуд шудани кӯдаки солим мебошад (ТУТ, 1994).

Қайд кардан зарур аст, ки арзиши солимии духтарони наврас, ки қисми асосии репродуктивии иқтидори миллатро ташкил медиҳанд. Дар ҳамин ҳол, бояд қайд кард, ки шумораи духтарони навраси 15-17- сола дар шаҳри Душанбе дар соли 2005- 61 507 нафар ва дар соли 2018- 51 493 нафарро ташкил медиҳад. Аён аст, ки вазъи саломатӣ на танҳо барои духтарони сокини шаҳр, балки барои духтарони деҳот низ, ки зиёда аз нисфи духтарони навраси вилоятро (56,8%) ташкил медиҳанд, хеле муҳим аст. Ҳарчанд то имрӯз дар бораи мавҷудият ё набудани тафовут дар солимии репродуктивии духтарон дар шаҳру деҳот ихтилофҳо мавриди баррасӣ қарор доранд [2,4,5,6]. Маълум аст, ки солимии репродуктивӣ бевосита ба соматикӣ ва ташаккули модари оянда аз инкишофи ҷисмонӣ, ҷинсӣ ва бемориҳое, ки он дар ин давраи муҳимми ҳаёт гузаронидааст, вобаста аст [3,7].

Дар ш.Душанбе ва НТҚ дар заминаи афзоиши умумии таваллуд афзоиши бемориҳои гинекологӣ ва соматикӣ духтарони наврас ва инчунин дар тамоми ҷумҳурии мушоҳида мешавад [1,5].

Дар шароити афзоиши фавт аз таваллуд, омӯзиши хусусиятҳои минтақавии вазъи саломатии наврасон, ки имкон медиҳад тадбирҳои оптималии ҳифзи он таҳия карда шаванд, муҳимтарин вазифаи давлатӣ мебошад [2]. Вобаста ба ин мақсад ва вазифаҳои тадқиқоти мазкур муайян карда шуданд.

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши солимии соматикӣ, репродуктивӣ, инкишофи ҷисмонӣ ва ҷинсии духтарон-наврасоне, ки дар шаҳр ва қишлоқҳои зиндагонӣ мекунанд.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Барои арзёбии иқтидори репродуктивии духтарони шаҳрӣ ва деҳот бо истифода аз усулҳои тадқиқоти клиникӣ ва параклиникӣ таҳлили амиқи 350 духтари навраси шаҳрии 15-17 сола (гурӯҳи 1) ва 425 духтари навраси деҳот (гурӯҳи 2) гузаронида шуд.

Меъёрҳои дохилшавӣ ба гурӯҳи 1 инҳо буданд: синну сол (15-17 сола), таваллуд ва ҷои истиқомати доимӣ - Душанбе, розигӣ барои иштирок дар тадқиқот. Меъёрҳои

истисно инҳо буданд: синну соли камтар аз 15 ва зиёда аз 17-сола, то муоина ҷои истиқомат берун аз ш. Душанбе.

Меъёрҳои дохилшавӣ барои гурӯҳи 2 инҳо буданд: синну соли 15-17- сола, таваллуд ва ҷои истиқомати доимӣ - деҳаҳои ШНТҚ, розигӣ барои иштирок дар тадқиқот. Меъёрҳои истисно инҳо буданд: синну соли камтар аз 15- сола ва зиёда аз 17- сола, далели зиндагӣ берун аз минтақа, на дар деҳот. Пеш аз дохил шудан ба тадқиқот, духтарони наврас варақаи розигиро имзокарданд, ки аз ҷониби Кумитаи этникии маҳаллӣ тасдиқ шудааст.

Ҳолати саломатии репродуктивии духтарони шаҳр ва деҳот дар асоси омӯзиши сохтор ва басомади бемории соматикӣ ва гинекологӣ дар гурӯҳҳои муқоисавӣ аз рӯи маълумоти клиникӣ ва параклиникӣ арзёбӣ карда шуд. Барои муайян кардани иқтидори репродуктивӣ инкишофи ҷисмонӣ ва ҷинсии наврасон омӯхта шудааст.

Синну соли миёнаи ҳайз дар гурӯҳҳои клиникӣ интиҳобшуда тавассути дарёфти миёнаи вазн муайян карда шуд. Арзёбии ташаккули функсияи ҳайзи духтарони наврас дар асоси анамнез ва бо назардошти тақвими ҳайз, андозагирии термометрияи базалӣ гузаронида шуд.

Баҳодиҳии инкишофи ҷисмонии духтарони навраси гурӯҳҳои муқоисавӣ дар асоси маълумотҳои антропометрӣ, ҷенкунии қад, вазни бадан, гардиши қафаси сина, андозаҳои коси хурд аз рӯи усули пешниҳодкардаи Л.Д. Зяйтс, 1971. Барои баҳо додан ба таносуби вазн/қад шохиси Кветлет-II истифода шуд. Нишондиҳандаҳои биометрии таҳқиқшуда (дарозӣ, ғафсӣ, паҳноӣ бачадон, ғафсии М-echo, ҳаҷми тухмдонҳо) дар рӯзи 12-15-уми сикли ҳайз.

Дар барномаи коркарди оморӣ усулҳои ҷамъбасти оморӣ ва гурӯҳбандӣ ба кор бурда шуданд, ки ин имконият дод, ки хусусиятҳои ташаккули солимии духтарон вобаста ба ҷои истиқомат омӯхта шавад. Ҳисоб кардани нишондиҳандаҳои интенсивӣ, экстенсивӣ, арзишҳои миёна, нишондиҳандаҳои силсилаи динамикӣ гузаронида шуд. Гуногунии нишонаҳо дар маҷмӯъ бо ёрии



инхирофи миёнаи квадратӣ муайян карда шуданд.

Эътимоднокии арзишҳои нисбӣ ва миёна бо истифода аз хатогии намоёндагӣ арзёбӣ карда шуд. Барои муайян кардани ихтилофи байни ду ё зиёда тақсимои эмпирикӣ санчиши χ^2 Pearson истифода шуд. Аҳамияти фарқияти байни басомади эмпирикӣ ва назари-

явӣ барои ҳар як хусусият тавассути чадвали арзишҳои критикӣ бо муайян кардани сатҳи аҳамияти омӯрӣ муайян карда шуд.

Натиҷаҳо ва муҳокимаҳои онҳо: Мо ба солимии соматикӣ наврасон чӣ аз ҷиҳати таъсир ба балоғат ва инчунин нақшо дар татбиқи минбаъдаи солимии репродуктивӣ мароқ зоҳир намудем.

Чадвали 1.- Паҳншавии патологияи соматикӣ дар духтарони навраси 15-17- сола дар шаҳри Душанбе ва деҳоти НТЧ

Намуди патология	Ш.Душанбе		НТЧ	
	мутл.	$M \pm m$	мутл.	$M \pm m$
Муоинаи клиникӣ				
Илтиҳоби гурда	166	$34,0 \pm 2,1$	174	$32,9 \pm 2,0$
Бронхити музмин	117	$24,0 \pm 1,9$	132	$24,9 \pm 1,9$
Тонзиллити музмин	103	$21,0 \pm 1,8$	105	$19,8 \pm 1,$
Астмаи бронхиялӣ	15	$3,0 \pm 0,8$	8	$1,6 \pm 0,5$
Бемориҳои системаи ҳозима	142	$28,9 \pm 2,0$	156	$29,3 \pm 2,0$
Камхунӣ	2	$0,5 \pm 0,3$	6	$1,2 \pm 0,5$
Фарбеҳӣ	34	$7,0 \pm 1,2$	49	$9,3 \pm 1,3$
Дистонияи вегетативӣ рағӣ	80	$16,3 \pm 1,7$	89	$16,9 \pm 1,6$
Ҳамагӣ	795	$162,6 \pm 0,6$	849	$160,4 \pm 0,6$

Натиҷаи таҳқиқот нишон дод, ки дар байни бемориҳои соматикӣ дар байни духтарони наврас ҷойи аввалро нефрит ташкил медиҳад, ки дар рафти муоинаи профилактикӣ муқаррар шудааст, ки дар шаҳри деҳот баробар ба зудӣ мушоҳида мешавад. Ҳар панҷум духтар аз пиелонефрит азоб мекашид. Духтароне, ки аз пиелонефрити музмин азоб мекашанд, бо гестоз бо тамоми мушкилоте, ки хангоми иҷрои амали репродуктивӣ ба вучуд меоянд, таҳдид мекунанд.

Маълумотҳои мо нишон медиҳанд, ки шумораи миёнаи бемориҳои соматикӣ ба як наврас тақрибан 1,6 нафарро ташкил медиҳад, дар ҳоле ки баъзе духтарон дорои 2-3 беморӣ мебошанд. Хангоми равшан кардани табиати патологияи соматикӣ мо аз ташхисҳои мутахассисони соҳаи тиб гузошта буданд, аз қабилӣ фарбеҳӣ, дистонияи вегетативӣ-рағҳо истифода бурдем, ки баъзе классикони қор дар бораи нақши гипоталамус дар балоғатшавии ҷинсӣ ба шаклҳои гуногуни синдроми гипоталамус нисбат медиҳанд.

Бемориҳои бо сироят алоқаманд (пиелонефрит, бронхит, тонзиллит ва аденоидҳо) дар ҳар як гурӯҳ 50% -ро ташкил медиҳанд. Агар мо ҳама омилҳои дигари хатарро ис-

тисно кунем ва танҳо сироятҳои музминро, ки бевосита ба сохторҳои гипоталамус таъсир мерасонанд, мо метавонем фаҳмем, ки чӣ қадар гипоталамус дар раванди патологияи духтарони муоинашуда иштирок мекунад. Ҳамин тавр, дар байни бемориҳои соматикӣ дар аксари ҳолатҳо детонатори бемориҳои гипоталамӣ (инфексия) ё зухуроти бемориҳои он (фарбеҳӣ, дистонияи вегетативӣ-рағҳо, бемории ғадуди сипаршакл) ба назар мерасад. Маълум аст, ки таъкид ба ҷалби гипоталамус дар робита ба муҳокимаи мавзӯи асосии тавачҷуҳ-балоғати духтарон дода мешавад.

Бемории гинекологии духтарон яке аз омилҳои асосии муайянкунандаи ояндаи солимии репродуктивӣ мебошад. Натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки афзоиши бемориҳои гинекологӣ хусусияти солимии муносири духтарони наврас мебошад. Ҳамзамон, духтарони шаҳрӣ ва деҳотӣ аз сабаби зиёд будани равандҳои илтиҳобии маҳбал, ки дар шаҳр то 24,5% ва дар деҳот ба 18,6% фоиз мерасад, бемории гинекологӣ зиёд буд. Ҳодисаҳои галактореяи доимӣ дар 32 духтар ва мастопатия дар 12 нафар сазовори диққати махсус мебошанд. Маълум аст, ки ин шаклҳои нозологӣ дар духтарони дорои нуқсонӣ ҳайз ба ҷой доштанд.

Барои арзёбии солимии репродуктиви духтарони шахру деҳот, мо баъзе маълумотҳои антропометрӣ ва ташаккули аломатҳои ҷинсии дуюмдараҷаро арзёбӣ кардем. Мо муайян кардем, ки афзоиши духтарони шахрӣ аз ҷиҳати омӯрӣ аз афзоиши духтарони деҳот $165,08 \pm 0,52$ ва $164,57 \pm 0,30$ см фарқ надорад ($p > 0,05$). Аммо вазни миёнаи духтарони деҳот нисбат ба духтарони шахрӣ $56,92 \pm 0,45$ ва $55,56 \pm 0,53$ кг ($p < 0,05$) аз ҷиҳати омӯрӣ хеле зиёд аст. Доираи синаи духтарони деҳот нисбат ба духтарони шахр калонтар аст ($80,89 \pm 0,30$ ва $79,77 \pm 0,32$ см ($c < 0,05$)).

Вазни миёна ва қад миёна дар бораи рушди ҷисмонии духтарон тасаввурот намедиҳад, дар ҳоле, ки таносуби вазн ва қад яке аз нишондиҳандаҳои асосии рушди ҷисмонӣ ва ҷинсӣ мебошанд.

Ҳангоми омӯзиши рушди ҷинсӣ, мо дарёфт кардем, ки нишондиҳандаи миёнаи рушди ҷинсӣ дар духтарони шахр ва деҳот аз ҷиҳати омӯрӣ ҷандон фарқ намекунад (мутаносибан $11,55 \pm 0,056$ ва $11,64 \pm 0,045$ ($p > 0,05$)). Танҳо инкишофи ғадудҳои ширӣ дар духтарони деҳот ($2,97 \pm 0,02$) аз духтарони шахрӣ - $2,88 \pm 0,03$ ($p < 0,05$) $\pm 0,05$ ($p > 0,05$) пеш аст. Синни миёнаи ҳайз дар шахр $12,96 \pm 0,07$ ва дар деҳот $13,09 \pm 0,05$ буд ($p > 0,05$). Овулятсияи мунтазам аз балоғати биологӣ шаҳодат медиҳад. Мо овулятсияҳои мунтазамро дар давоми шаш моҳ мукаммал кардем. Бо истифода аз усулҳои таҳлили функционалӣ ва мониторинги ҳатмии ТУС-и овогенез мо боварӣ ҳосил кардем, ки дар синни 17-солагӣ ҳиссаи духтарони мунтазам бордоршавандаи шахр $58,0 \pm 2,5\%$ ва $62,0 \pm 2,3\%$ духтарони навраси деҳотро ташкил

медиҳад ($p > 0,05$). Табиист, ки тахмин кардан мумкин аст, ки чунин шумораи занони мунтазам бордоршаванда дар синни репродуктивӣ боқӣ мемонад. Мо метавонем инро аз рӯи паҳншавии безуретӣ ва бемориҳои аз гормон вобаста дар занони давраи репродуктивӣ қайд кунем. Қайд карда шуд, ки дар духтарони мунтазам бордоршаванда патологияи соматикӣ дар шахр 50%, дар деҳот 48% аст, дар духтароне, ки бордоршавии номунтазамдоранд, патологияи соматикӣ мутаносибан 115% ва 111%-ро ташкил медиҳад.

Ҳамин тариқ, патологияи соматикӣ дар духтарони шахрӣ нисбат ба наврасони деҳот ба таври омӯрӣ бештар маъмул буд. Патологияи соматикӣ дар духтарони 17-солаи шахрӣ ва деҳот, ки мунтазам бордоршавӣ нест, назар ба наврасоне, ки системаи репродуктивӣ то ин синну сол камолотдоранд, бештар аз 2 маротиба зиёдтар аст. Бемории гинекологӣ дар духтарони наврас ба 70-80% мерасад. Нишондиҳандаҳои ҷисмонии духтарони деҳот назар ба духтарони шахрӣ бештар инкишоф ёфтаанд: гирди қафаси сина, вазн ва андозаҳои коси калони анатомӣ бартарӣ доранд. Норасоии вазн ҳамчун омили хатари камолоти системаи репродуктивӣ дар духтарони навраси шахр тақрибан 2 маротиба бештар рух медиҳад. Нишондиҳандаи рушди ҷинсӣ байни духтарони деҳот ва шахр тафовут надорад. Мукаммалии системаи репродуктивӣ тасофоти 17-солагӣ дар 58%-и наврасон дар шахр ва 62% дар деҳот мушоҳида мешавад, ки ин дар оянда боиси паст шудани амалишавии вазифаи репродуктивӣ мегардад.

Адабиёт

1. Атамбоев, Р. М. Арзёбии потенсиали репродуктиви духтарони наврас дар асоси муоинаи амиқи тиббӣ / Р. М. Атамбоев, Ж. К. Исаков // Вестник КГМА ба номи И.К. Ахунбоев. – 2014. – № 3. – С. 157-161.
2. Комлев, М. О. Солими репродуктиви духтарони наврас ва омилҳои ба он таъсиркунанда. Шарҳи адабиёт / М. О. Комлев, О. Д. Константинова, Н. В. Комлева // Алманахи илми ҷавон. – 2021. – № 4(43). – С. 35-37.
3. Матейкович, Е. А. Солимии репродуктиви бачагон ва наврасон дар Тюмень / Е. А. Матейкович // Маҷаллаи байналмилалӣ тадқиқотӣ. – 2018. – № 1-1(67). – С. 58-60.
4. Михайлин, Е. С. Ҳомилдорӣ, таваллуд ва давраи баъдитаваллуд дар ноболиғон / Е. С. Михайлин, Л. А. Иванова. – Москва: Нашриёти Академияи фанҳои табиатшиносӣ, 2022. – 138 с. – ISBN 978-5-91327-719-0.



5. Паҳншавӣ васоҳтори вулвит ва вулвогагинит дар духтарони гирифтори бемориҳои системаи пешоб/ М. Ю. Ахметова, О. Е. Баряева, В. В. Флоренсов, С. В. Козлова // Солимии репродуктивӣ кӯдакон ва наврасон. – 2019. – Т. 15. – № 4. – С. 6-16.
6. Мушкилоти муосири акушерии ноболиғон / О. Э. Гаева, Н. В. Путилова, Р. Т. Шакиров, С. В. Кинжалова // Акушерство ва гинекология. – 2019. – № 11. – С. 20-25.
7. Ткаченко, Н. Т. Табобати интегралӣи ихтилоли соматоформ дар занон/ Н. Т. Ткаченко / Инноватсия ва инвестиция. – 2015. – № 10. – С. 226-231.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ В ГОРОДЕ И СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Рашидова Ф. И.

Резюме. Изучены региональные особенности репродуктивного и соматического здоровья девочек-подростков, проживающих в промышленном центре и сельской местности г. Душанбе РРП. Для оценки репродуктивного потенциала девочек проводилось углубленное обследование 489 городских и 529 сельских девочек-подростков 15-17 лет с применением клинических и пара-

клинических методов исследования. Соматическая патология статистически значимо чаще встречалась у городских девочек по сравнению с сельскими подростками. Гинекологическая заболеваемость девочек-подростков достигает 70-80%.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, девочки-подростки, городские жительницы, сельские жительницы.

REPRODUCTIVE HEALTH OF GIRLS-TEENAGERS IN THE CITY AND RURAL AREAS

Rashidova F.I.

Summery. The regional characteristics of the reproductive and somatic health of adolescent girls living in the industrial center and rural areas of the Sughd region were studied. To assess the reproductive potential of girls, an in-depth examination of 489 urban and 529 rural teenage girls aged 15-17 was conducted using

clinical and preclinical research methods. Somatic pathology was statistically significantly more common in urban girls compared with rural adolescents. Gynecological morbidity in adolescent girls reaches 70-80%.

Key words: reproductive health, teenage girls, urban dwellers, rural dwellers.

Рашидова Фируза Идибоевна – уновнҷӯи МД “Маркази ҷумҳуриявӣ илмӣю клиникӣи педиатрӣ ва ҷарроҳӣи кӯдакона”. Суроға: 734026, Ҷумҳурии Тоҷикистон, шаҳри Душанбе, хиёбони И.Сомони 59. Тел: (+992) 93-440-23-24.

Рашидова Фируза Идибоевна –соискатель ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии». Адрес: 734026, Республика Таджикистан, город Душанбе, проспект И.Сомони 59. Тел: (+992) 93-440-23-24.

Rashidova Firuza Idiboevna - applicant for the State Institution “Republican scientific and clinical center of pediatrics and child surgery”. Address: 734026, Republic of Tajikistan, Dushanbe city, I. Somoni Avenue 59. Tel: (+992) 93-440-23-24.

НАҚШИ СИРОЯТИ УРОГЕНИТАЛИИ МОДАРНИ ДОРОИ СИРОЯТҲОИ ДОХИЛИБАТНИИ ЧАНИН ВА НАВЗОДОН

Шарипова Н.А

Кафедраи бемориҳои кӯдакон, №2, МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», ш. Душанбе.

Муҳиммият. Сабабҳои перинаталӣ фавакити навродон ва кӯдакони соли авали ҳаёт на камтар аз 60%-и сохтори фавакити ширхоронро ташкил медиҳанд, ки дар байни онҳо сироятҳои дар давраи неонаталӣ тақрибан 50% буданд [1,3,4,8].

Басомади паҳншавии сироятҳои урогениталӣ дар давоми вақти зиёд баланд боқӣ мемонад. Тақрибан ҳангоми ҳама шаклҳои сироятҳои генеталӣ дар метаболизми ҳуҷайраҳои организми занҳо тағйироти назаррас ба амал меояд. Вайрон шудани мубодилаи аминокислотаҳо, синтези сафедаҳо ба амал меояд, мутатсияи иттилооти генетикӣ рух медиҳад. Аммо ҳангоми пешравии протсесс концентратсияи кислотаҳои озоди арахидовӣ меафзояд, ки дар навбати худ ба фаъолияти синтези простагландинҳо оварда мерасонад, ки дар натиҷаи ин каскади пурраи ҳолатҳои патологӣ ба амал меоянд ва натиҷаи беморию муайян менамоянд – исқоти ғайриихтиёрӣ, валодатҳои пеш аз муҳлат, мурда таваллудшавӣ, патологияҳои ҳомилагӣ ва валодат [2,3,5,9,10].

Таҳлили сохтори барангезандаҳои сироятҳои урогениталӣ нишон дод, ки зиёдтар чунин микроорганизмҳои муайян карда шуд:.....дар 22%, *Escherichia coli* дар 21%, стафилококки эпидермалӣ дар 13%, стафилакокки тиллоранг дар 11%, энтерококки фекалӣ дар 10%, кандида дар 8%, микоплазма дар 6%, уреоплазма дар 5%, трихомонад ва хламидия дар 2% [6,8,9,11,12,15].

Аммо, дигар гурӯҳҳои сироятҳо низ мавҷуданд, ки фаъолияти зиёд доранд: хламидоз, сӯзок, траомониаз, вируси герпес, ситомегаловирус, кандидоз, уреоплазмоз, ҳамаи сироятҳои зикршуда асосан бо роҳи чинсӣ интиқол меёбанд. Баъзе муаллифони валодатро дар занҳои дорои сироятҳои урогениталӣ таҳлил гузаронида, муқаррар намуданд, ки дар ҳар як 4(24,6%) занҳо таваллудкунӣ пеш аз муҳлат таваллуд карданд, нисфи (53%) занҳо бо

роҳи ҷарроҳӣ таваллуд карданд, ки сабаби эҳтимолиашон он далел аст, ки заминаи нугувор, ки дар ин замина басомади бештари оризаҳои давраи гестатсионӣ пайдо мешаванд [10,12,11,13,16].

Далели ба қайд гирифтани сироятҳои роҳи урогениталиро басомади оризаҳои ҳомилагӣ, таваллудҳо ва давраи паси валодат ҳамроҳӣ мекунад. Дар бештари мавридҳо чунин барангезандаҳои сирояти урогениталӣ ба монанди *Escherichia coli*, *Streptococcus agalactiae* дар зиёда аз 1/3-и занҳои ҳомила сабаби пайдо шудани колпит, дар 25% ҳолат шиддатнокии пилонефрити музминро бармеангезанд, дар 22%-и ҳолатҳои пиелонефрити гестатсионӣ дида шуд. Басомади баланди пайдошавии оризаҳои ҳомилагӣ: паст шудани фето- ва маҷрои хуни бачадону плацентарӣ дар 63%-и занҳо, озори дохили батнии чанин дар 42% ҳолат ба назар мерасад.

Аммо сирояти урогенеталӣ дар бештари мавридҳо ба протсесси вазнинкунандаи гестатсионӣ оварда мерасонад, барои баланд шудани, ҳатари бемории навродон мусодат мекунад. Дар бештари ҳолатҳо боиси пайдошавии пневмония 25% оварда мерасонад, ки дар ин ҷо нақши барангезандаҳо дар *Streptococcus agalactiae* иҷро мекунад, ба пайдошавии аломатҳои тағйироти илтиҳобӣ дар таҳлили умумии хун, дар ҳар як кӯдаки 5-ум дида мешавад.

Таҳлили гузаронидашудаи натиҷаҳои валодат барои навродон нишон дод, ки дар 40% сироятҳои дохилибатнӣ ташхис карда шуд, дар 30%-и ҳолатҳо кӯдакон қабл аз муҳлат таваллуд шудаанд, дар 15% зухуроти возеҳи таваққуфи рушди дохилибатнӣ, афиксия дар 8%-и ҳолатҳо дида шуд, дар 2,9% чанинҳои мурдатаваллудшуда ба қайд гирифта шуд [6,7,11,14,17].

Ҳамин тавр, ташхиси барвақт ва сар кардани табобати самараноки сироятҳои уро-



гениталӣ (СУ) дар ҳомилаҳо метавонад захираи муҳим барои кам кардани ҳам оризаҳои протсесси гестатсионӣ ва ҳам басомади сироятнокшавии дохилибатнии чанин ва беморшавии перинаталӣ бошад.

Мақсади таҳқиқот. Омӯхтани паҳншавии СУ дар занҳои ҳомила ва таъсири онҳо ба солимии чанин ва навзодон.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳқиқот дар заминаи таҳлили ҳисоботи омории формаи 32 «Ҳисобот оид ба хизматрасонии тиббӣ ба ҳомиладорон, таваллудкунандагон ва навзоидагон» дар давраи солҳои 2010-2019 асос ёфтааст.

Таҳлили омории маълумотҳои ба даст оварда шуда дар заминаи кор карди маълумотҳои истифодабарии компютери инфиродӣ дар системаи амалиёти Microsoft Windows 10 бо ёрии бастаи амалии Excel-10 асос ёфтааст. Таҳлили омории маълумотҳо бо истифодаи бастаи барномаи SPSS 25 (IBM SPSS Statistics, ИМА, литсензияи № 5725-A54). иҷро карда шуд.

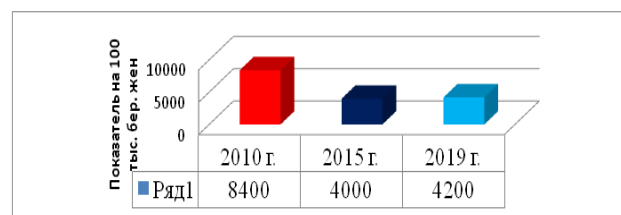
Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Масъалаи кам кардани шиддати проблемаи паст кардани сатҳи фавт аз сироятҳои бактериалии кӯдакони навзод дар соли 2008 махсусан ҷидди ғашт, ки дар ин давра ҚТ ба меъёрҳои Ташкилоти Умумиҷаҳонии Тандурусти гузашт ба қарб гирифтани валодати кӯдакони дорои массаи ҷисмашон 500г. ва бештар ба муҳлати гестатсия 22 ҳафта ва бештар аст.

Сироятнокии дохилибатнии чанин яке аз проблемаҳои муҳими акушерии муосир аст. Ҳама гуна ҳолатҳои патологӣ модарон ба инкишофи чанин ва навзодон, махсусан дар шароити бозсозии функционалӣ таъсир мерасонанд. Яке аз омилҳои хатари сироятнокшавии дохилибатнии чанин сироятҳои урогениталии модар мебошанд.

Дар сорхтори беморшавии перенаталӣ ба патологияи сироятиву илтиҳобӣ 20-38% рост меояд, тақрибан ҳар як навзоди дуҷум (48%), ки ба шӯъбаи реаниматсия ва табобати интенсивӣ дохил мешаванд, ташхиси тасдиқшудаи сирояти мавҷуд аст.

Дар айни замон мавқеи ҳақиқии матологияҳои генезаш сироятӣ имрӯзҳо дақиқнашуда боқӣ мемонанд, ки аксар вақт дар пси

ташхисҳои гипоксияҳои дохилибатнӣ, асфиксия, синдроми ихтилолҳои респираторӣ, садамаи косахонаи сар, пинҳон ва ноайён мешаванд. Барои ин набудани мониторинги микробиологӣ ҳамаи чанинҳо ҳангоми ҳомилагӣ қатъшуда, омӯзиши ҳатмии микробиологӣ бофтаҳои кӯдакони мурдатаваллудшуда, плацент дар ҳамаи ҳолатҳои пеш аз муҳлат таваллудшавӣ оризаҳои таваллудкуни, кӯдаки сушт ва вазнаш кам мусоидат мекунад.



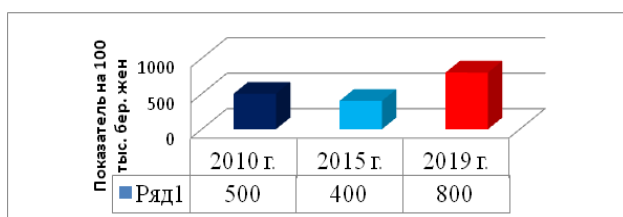
Расми 1. Паҳншавии сирояти урогениталӣ коди ТТБ – 10 (0,23) ба 100 ҳазор занҳои ҳомила.

Таҳқиқотҳои гузаронида шуда мувофиқи барвақт ташхис кардан ба ҳисоб гирифтани занҳои ҳомила ташкил намудани тайёрии бузурги корҳо оид ба солимгардони то ҳомилагӣ барои он мусоидат мекунад, ки миқдори сироятҳои урогениталӣ (расми 1.) дар байни занҳои ҳомила 2010-2015 тақрибан то 50% (мутаносибан аз 8400 то 4000) паст шудааст, протсесси сирояти амалӣ мешавад.

Ба ин далел нигоҳ накарда, муқаррар карда шуд, ки сироятҳои дохилибачадонӣ ба пайдо шудани спектри васеи бемориҳои антенаталӣ, аз ҷумла бемориҳои сироятии чанин, норасоии фетоплацентарӣ, мурдатаваллудшавӣ, нигоҳ дошта натавонистани ҳомилагӣ, таваққуфи инкишофи чанин ва анатомияи инкишофи он оварда мерасонад. Басомади инкишофи сирояти дохилибатнӣ дар кӯдакон, ҳангоми СУ дар модарон то 40,0%-ро ташкил дод, тақрибан ҳамин гуна нишондодро дар сохтори фавти навзодон то 45% талафот дидан мумкин аст. Басомади муайян кардани сирояти бактериалии моеи аминотикӣ дар 35,4%-и ҳомилаҳо муайян карда шуд, ҳол он ки басомади сироятҳои дохилибатнӣ дар зиёда аз нисфи кӯдакон (52,1%-ро) ташкил дод.

Тахлили сохтори фавти антенаталӣ дар асоси СУ нишон дод, ки дар 27,5% сирояти вирусӣ мавҷуд буд, сироятҳои омехта 26,3% ва миқдори сирояти бактериалӣ дар 18.5% муайян карда шуд.

Тахлили гузаронидашуда нишон дод, ки афзоиши назарраси сирояти бо роҳи алоқаи чинси гузаранда дида мешавад. Ҳиссаи баландро дар байни ин сироят ба TORCH - комплекс таалуқ доранд. Муқаррар карда шуд, ки дар ҳолатҳои, ки табобати муносиби TORCH - сироят гузаронида нашуда бошад, дар модарон дар протсессҳои ҳомилагӣ тақрибан нисфи 48,9%-и навзодон бо инҳирофҳои гуногун таваллуд мешаванд, ки аз ҷиҳати клиникӣ бо таваккуфи инкишофи дохилибатнӣ, ВПР, ихтилоли гардиши кули майнаи сар зоҳир мешаванд. Ҳол он, ки сироятҳои омехта нишондиҳандаи беморшавии навзодон то 70% мерасад.



Расми 2. – Паҳншавии сироят ва бемориҳои паразиталӣ, коди ТББ-10 (098,0 – 098,9) ба 100 ҳазор занҳои ҳомила.

Дар давоми солҳои охир (расми 2.) тамоюли муайяни паст шудани басомади ба қайдгирии СУ дар модарон муайян карда мешавад, ки дар ин маврид тақрибан ду маротиба паҳншавии сирояти бо роҳи чинси гузаранда баланд шудааст.

Дар раванди татбиқи ҳомилагӣ СУ мумкин аст, ки иду шакли пайдо шудани сироят аз ҷумла, агар мо дар бораи сирояти дохилибатнии ҷанин сухан меронем дар ин мавқеъ мумкин аст, ки набудани зухуроти клиникӣ набошанд ва на ҳамеша протсессҳои сироят амалӣ мешавад.

Аммо дар он ҳолатҳое, ки «сирояти дохилибатнӣ» бошад, дар ҷунин ҳолатҳо сироятнокшавӣ то ҳомилагӣ ҳангоми ҳомилагӣ ё протсессҳои валодат, сарчашмаҳои онҳо метавонад СУ модар бошад. Дар ин

ҳолатҳо мо мавҷуд будани зухуроти клиникӣ бемориҳои сирояти дар ҷанин ва навзодон ба амал меояд. Аз ҷиҳати клиникамавҷуд будани ҷунин шаклҳои бемори дар намуниҳои пиодермия, конъюнктивит, ринит, гепатит, гастроэнтерит, пневмония, менингоэнсифалит, сепсис ҷой дошт.

Дар протсессҳои таҳқиқот мо ба идентификатсияи намудҳои барангезанда, вирулентнокии онҳо, роҳи воридшавии сироят аз модар ба ҷанин диққати махсус додем. Бо ин мақсадҳо усулҳои гуногуни таҳхис аз ҷумла усулҳои лабораторӣ – инструменталӣ мавриди истифода қарор дода шудаанд.

Бо назардошти он далел, ки татбиқи протсессҳои сироятӣ вобаста аз беморизоии барангезандаи сироят ва самаранокии қувваҳои муҳофизатии организм вобастагӣ дорад, мо ба баҳогузориҳои натиҷаҳои таҳқиқоти бактериологӣ ва тағйироти нишондиҳандаҳо ва имунитети ҳуҷайравӣ ва гуморалӣ диққати махсус додем.

Дар ҳамаи навзодҳое, ки модарони онҳо аз сироятҳои роҳи урогениталӣ озор медиданд, бемориҳои гуногуни сироятӣ-илтиҳобӣ ((конъюнктивит, пневмония, сепсис) доштанд, дар натиҷаи таҳқиқоти бактериологӣ барангезандаи онҳо бо хусусиятҳои омехтаи контаминатсия ва ва вучуд доштани 2-3 ассотсиантҳо муайян карда шуд. Комбинатсия бо ошкор намудани антигенҳо ба *S. trachomatis* (85,0%), *M. hominis* (73,7%), *U. urealyticum* (66,6%) зоҳир шуд. Дар ҳолатҳое, ки агар навзодҳо аз пневмонияи модарзодӣ озор дида бошанд, басомади баланди сироятнокшавӣ аз *S. trachomatis* (90,0%) ва агентҳои гуногуни вирусӣ (80,0%) дида мешавад. Дар 50,0%-и кӯдакон олуидашавӣ аз вируси оддии герпесӣ типҳои 1,2, 57,14% - ситомегало-вирус ба қайд гирифта шуд. Антителаи синфи IgG барзидаи хламидияҳо дар хуни танобаки ноф дар 75,0%-и кӯдакони дорои пневмония ба қайд гирифта шуд.

Барои модарони навзодҳое, ки гирифтори сирояти фасодӣ-септикӣ буданд, дар модарон мавҷуд будани анамнези вазнинкунандаи акушерӣ-гинекологӣ хос буд, ки бо валодати қабл аз муҳлат ва салпингофорит



амалӣ гашт, дар айни замон дар протсессии ҳомилагии мазкур низ ҷараёни оризанок бо зухуроти клинӣ колпит, анемия, гипоксияи музмини чанин муайян карда шуд.

Давраи барвакти неонаталӣ дар наводони сироятнокшуда дорои ҷараёни нисбатан ногувортар бо ихтилоли мутобиқшавии типии серебрялӣ-системаи рағҳо, пайдо шудани бемориҳои сироятӣ- илтиҳобӣ (конъюнктивит, пневмония, сепсис), синдроми геморрагӣ, барвакт сар шудани зардпарвин бо гипербилирубинемия, баланд шудани сатҳи трансаминаз ва гипопропротеинемия дар танобаки хун хос аст.

Муайян карда шуд, ки барои вируси герпес вайроншавии мутобиқшавии неонаталӣ мувофиқи типии серебрялӣ бо оқибати ногувор ва барвакт сар шудани зардпарвин хос аст. Ҳангоми контаминатсияи *S. trachomatis* аксар вақт зарурати истифода намудани воситаҳои реаниматсионӣ ва баргузори таботати интенсивӣ ба миён меояд, зухуроти сирояти маҳдуди бактериалӣ двар шакли конъюнктивит, пневмония ва осебҳои перинаталӣ СМА (системаи марказии асаб).

Дар он ҳолатҳое, ки наводони дорои осебҳои перинаталӣ СМА аз вирусҳои гуногун захролуд, аз ҷумла ВГО типии 1-,2 (51,1%), СМВ (54,3%), дар яқоягӣ бо *M.*

hominis (78,0%) ва *Ur. urealyticum* (64,6%), шуда буданд, аз лиҳози клинӣ асосанолотҳои сироятҳои бемориҳои илтиҳобӣ, ба монанди конъюнктивит, пневмония, сепсис мавҷуд буд. Вақте ки генерализатсияи протсессии сироятӣ дар шакли пневмония ва сепсис дида мешуд, бештар *S. trachomatis* (85,0%), *M. hominis* (73,7%) ва *Ur. urealyticum* (66,6%), бо зиёдтар ошкор карда шудани занбурӯғҳои хамиртурушмонанд (47,4%) ва вируси герпекс оддӣ (41,2%) ба мушоҳида мерасид. Дар байни қудакони норасида, дар муқоиса аз қудакони расида, зиёда аз 1,5 маротиба захролудшавӣ аз микобактериалӣ ва сироятнокшавӣ аз *L. monocytogenes* ба назар расид.

Хулоса:

1. Басомади паҳншавии сирояти урогениталӣ дар модарон ба қадри кофӣ баланд боқӣ мемонад, гарчанде тамоюли пастшавӣ дорад. 2. Далели мавҷуд будани сирояти урогениталӣ дар модарон дар бештари мавридҳо барои пайдо шудани ҷараёни вазнини протсессии гестатсионӣ мусоидат намуда, хатари афзудани беморшавии наводонро ба вучуд меорад. 3. Паҳншавии сирояти дохилибатнӣ дар шакли сирояти маҳдуд ва густаришффта аз намуд ва дараҷаи контаминатсияи урогениталӣ модар вобастагии мураккаб дорад.

Адабиёт

1. Внутриутробные инфекции и патология новорожденных / Под ред. К. В. Орехова. М.: Медпрактика-М, 2002, 252 с.
2. Кузьмин В. Н., Адамян Л. В., Пустовалов Д. А. Инфекции, передаваемые половым путем, и охрана репродуктивного здоровья женщин. М.: Изд., 2010. 123 с.
3. Кузьмин В. Н., Гусейнзаде М. И. Современные представления о роли микоплазменной инфекции в структуре воспалительных заболеваний органов малого таза // *Consilium medicum*. 2011. № 6. Т. 13. С. 40–45.
4. Врожденные, перинатальные и неонатальные инфекции / Под ред. А. Гриноу, Дж. Осборна, Ш. Сазерленд: Пер. с англ. М.: Медицина, 2000. 288 с.
5. Заплатников А. Л., Корнева М. Ю., Коровина Н. А. и др. Риск вертикального инфицирования и особенности течения неонатального периода у детей с внутриутробной инфекцией // *Рус. мед. журн.* 2005. № 13 (1). С. 45–47.
6. Корнева М. Ю., Коровина Н. А., Заплатников А. Л. и др. Состояние здоровья внутриутробно инфицированных детей // *Рос. вестн. перинатол. и педиатрии*. 2005. № 2. С. 48–52.
7. Нисевич Л. Л., Талалаев А. Г., Каск Л. Н., Миронюк О. В. и др. Врожденные вирусные инфекции и маловесные дети // *Вопросы современной педиатрии*. 2002. Т. 1. № 4. С. 9–13.

8. Петерсен Э. Э. Инфекции в акушерстве и гинекологии / Пер. с англ. под общей ред. В. Н. Прилепской. М.: МЕДпресс-информ, 2007. 352 с.
9. Протоколы диагностики, лечения и профилактики внутриутробных инфекций у новорожденных детей / Под ред. Н. Н. Володина. М.: ГОУ ВУНМИЦ МЗ РФ, 2002. 100 с.
10. Цинзерлинг В. А., Мельникова В. Ф. Перинатальные инфекции. Вопросы патогенеза, морфологической диагностики и клинико-морфологических сопоставлений. Практическое руководство. СПб: Элби СПб, 2002. 352 с.
11. Bebear C. M., De Barbeyrac B., Pereyre S., Renaudin H. Activity of moxifloxacin against the urogenital mycoplasma *Ureaplasma urealyticum* spp., *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma genitalium* and *Chlamydia trachomatis* // Clin Microbiol Infect. 2008; 14 (8): 801–805.
12. Lanari M., Papa I., Venturi V., Lazzarotto T. et al. Congenital infection with human herpesvirus 6 variant B associated with neonatal seizures and poor neurological outcome // J Med Virol. 2003, Aug; 70 (4): 628–632.
13. Remington J. S., Thulliez P., Montoya J. G. Recent Developments for Diagnosis of Toxoplasmosis // Journal of Clinical Microbiology. 2004; 42; 3: 941–945.
14. Whitley R. Neonatal herpes simplex virus infection // Curr Opin Infect Dis. 2004, Jun; 17 (3): 243–246.
15. Ekiel A., Jozwiak J., Martirosian G. *Mycoplasma genitalium*: a significant urogenital pathogen? // 2009; 15 (4): RA102–106.
16. Jernberg E., Mogbaddam A., Moi H. Azithromycin and moxifloxacin for microbiological cure of *Mycoplasma genitalium* infection: an open study // Int J STD AIDS. 2008; 19: 676–679.
17. Witt A., Berger A., Gruber C. J. et al. Increased intrauterine frequency of *Ureaplasma urealyticum* in women with preterm labor and preterm premature rupture of the membranes and subsequent cesarean delivery // Am J Obstet Gynecol. 2005; 193 (5): 1663–1669.

РОЛЬ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ МАТЕРИ ВНИТУТРОБНОМ ИНФИЦИРОВАНИИ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО

Шарипова Н.А

Кафедра дерматических болезней, №2, ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино,
Республика Таджикистан г. Душанбе пр. Рудаки 139

Резюме: Перинатальные причины смерти новорожденных и детей первого года жизни составляют не менее 60% в структуре младенческой смертности, среди них инфекции, возникающие в неонатальном периоде – около 50%.

Цель исследования. Изучить распространенность урогенитальной инфекции у беременных женщин и их влияние на здоровья плода и новорожденного.

Материалы методы исследования. Работа основана на анализе статистической учетной формы 32 «Хисобот оид ба хизматрасонии тиббӣ ба ҳомиладорон, таваллудкунадагон ва навроидагон» за период с 2010 по 2019г.

Результаты и их обсуждение. Частота урогенитальной инфекции среди беременных

женщин с 2010 по 2019 гг. снизилось почти на 50% (с 8400 до 4000 соответственно). В эти же годы отмечено повышение почти в два раза распространенности инфекции передаваемых половым путем. В тех случаях когда новорожденные с перинатальным поражением ЦНС были контаминированы различными вирусами, в том числе ВПГ 1-, 2-го типов (51,1%), ЦМВ (54,3%), в ассоциации с *M. hominis* (78,0%) и *U. urealyticum* (64,6%), то клинически часто имело место наличие признаков инфекционно - воспалительных заболеваний таких как - конъюнктивит, пневмония, сепсис. Выводы: 1. Частота распространенности урогенитальной инфекции у матери остается достаточно высокой, хотя имеется тенденция к снижению. 2. Факт наличия урогенитальной инфекции у матери способ-



стствует в большинстве случаев возникновению отягощенного течения гестационного процесса, провоцируя повышение риска заболевания новорожденных. 3. Распространенность внутриутробной инфекции в виде локализованной и генерализованной инфекции

находится в прямой зависимости от вида и степени контаминации урогенитальной сферы матери.

Ключевые слова: урогенитальная инфекция, внутриутробная инфекция, плод новорожденный.

THE ROLE OF UROGENITAL INFECTION OF THE MOTHER IN INTRAUTERINE INFECTION OF THE FETUS AND NEWBORN

Sharipova N.A

Department of Pediatric Diseases №2, GOU TSMU them. Abuali ibn Sino, Republic of Tajikistan, Dushanbe, Rudaki Ave. 139

Summary: Perinatal causes of death of newborns and children of the first year of life account for at least 60% in the structure of infant mortality, among them infections occurring in the neonatal period - about 50%.

Purpose of the study. To study the prevalence of urogenital infection in pregnant women. **Materials research methods.** The work is based on the analysis of the statistical accounting form 32 “Hisobot oid ba chismatrasonia tibbi ba homiladoron, tavalludkunandagon va navsoidagon” for the period from 2010 to 2019. Results and its discussion. The frequency of urogenital infection among pregnant women from 2010 to 2019 decreased by almost 50% (from 8400 to 4000 respectively). In the same years, an almost two-fold increase in the prevalence of sexually transmitted infections was established. In cases where newborns with perinatal CNS lesions were contaminated with various viruses, including HSV types 1, 2

(51.1%), CMV (54.3%), in association with M. hominis (78.0%) and Ur. urealyticum (64.6%), then clinically often there were signs of infectious and inflammatory diseases such as conjunctivitis, pneumonia, sepsis. **Conclusions:** 1. The prevalence of urogenital infection in the mother remains quite high, although there is a downward trend. 2. The fact of the presence of a urogenital infection in the mother contributes in most cases to the occurrence of a aggravated course of the gestational process, provoking an increased risk of neonatal disease. aggravated course of the gestational process, provoking an increased risk of disease in newborns. 3. The prevalence of intrauterine infection in the form of localized and generalized infection is directly dependent on the type and degree of contamination of the mother’s urogenital area.

Key words: urogenital infection, intrauterine infection, newborn baby.

Шарипова Н.А.- унвонҷӯи кафедраи бемориҳои кӯдакон, №2, МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино», ш. Душанбе Тел. 981 03 27 27.

Шарипова Н.А.- Соискатель кафедры детских болезней, №2, ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Республика Таджикистан г. Душанбе, Тел. 981 03 27 27

Sharipova N.A - Department of Pediatric Diseases №2, GOU TSMU them. Abuali ibn Sino, Republic of Tajikistan, Dushanbe, Tel. 981 03 27 27

БЕМОРИҲОИ ДАРУНӢ

РЕАБИЛИТАТСИЯИ ОРИЗАҲОИ НЕВРОЛОГИИ СИНДРОМИ ПОСТКОВИДӢ БО ЁРИИ ВОСИТАҲОИ ВАРЗИШИ МУОЛИЧАВӢ

Алиева Е.Г., Фаттоева Н.В.

Кафедраи бемориҳои дарунии №1 МДТ “ДДТТ ба нгоми Абуалӣ ибни Сино”

Муҳимият. Синдроми постковидӣ – комплекси симптомҳое мебошанд, ки дар беморон баъди 3 моҳи шифоёбӣ ва аз он бештар боқӣ мемонанд, агар ин симптомҳо ба ягон бемории дигар вобаста набоянд. Сирояти шадид чӣ қадар ки вазнин гузарад, хатари синдроми постковидӣ ҳамон қадар баланд аст, аммо вай метавонад дар одамон низ пайдо шавад, ки онҳо бемориро сабук аз сар гузаронидаанд. Бо ин синдром тақрибан ҳар як нафаре, ки гирифтори бемориҳои сироятӣ шудаанд, дучор шуда метавонад.

Синдроми постковидӣ мумкин аст, ки новобаста аз он ки кадом шакли коронавирус дар одамон чараён дорад, пайдо шавад: пӯшида, сабук, миёна, вазнин ва ё ниҳой.

Ба аломатҳои асосии ихтилоли ҳолати умумӣ пас аз коронавирус инҳо дохил мешаванд: хуруҷҳои сустӣ, ки метавонад чунон возеҳ бошанд, ки одам дар давоми якчанд ҳафта маҷбур аст, ки речаи бистарӣ буданро риоя кунад: якбора паст шудани таҳаммулпазирӣ ва сарбории ҷисмонӣ, вақте ки ҳатто фаъолнокии на чандон зиёд ба пурра набуд шудани қувваҳои ҷисмонӣ оварда мерасонад: ихтилоли ритмҳои фаъолияти ҳаётӣ, дар ин маврид мумкин аст, ки беҳобӣ, ҳоболудагии зиёд, инверсияи ҳоб; дарди мушакҳо. Ҳангоми сирояти коронавируси шаклҳои гуногун ҳамеша ба хеле паст шудани массаи сафеда ба амал меояд, ки ба ҳолати мушакҳо таъсири манфӣ мерасонад.

Реабилитатсия пас аз коронавирус метавонад, ки аз якчанд моҳ то сол давом кунад. Феҳристи чорабиниҳои реабилитатсионӣ вобаста аз хусусиятҳои инфиродии беморон аз унсурҳои зерин иборат аст: гимнастикаи муолиҷавӣ, гимнастикаи нафаскашӣ бо истифода аз тренатерҳои респираторӣ; масҳ: психотерапия, парҳезшифой, протсекураҳои физиотерапевтӣ.

Дар мақолаи мазкур мо усулҳои реабилитатсияи беморони гирифтори оризаҳои неврологии синдроми постковидиро мавриди баррасӣ қарор додаем.

Ба оризаҳои неврологӣ дохил мешаванд: дарди сар, ихтилоли босира; набудан ва ё дигаргун шудани бӯй ва маза дар давоми якҷвнд моҳ; сарчархзанӣ; нест шудани хотира.

Мақсади таҳқиқот. Мақсади таҳқиқоти мазкур омӯхтани масҳи минтақаҳои гардану сар, ҳамчунин истифодаи натрий бром (NaBr) электрофорез баъди эуфилин дар минтақаи гардану.... ҳангоми оризаҳои неврологии синдроми постковидӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳти муоинаи мо 10 бемор – занҳои синну соли аз 35 то 50-сола қарор доштанд, ки ковидро дар шакли сабук ва миёна гузаронидаанд. Ҳамаи онҳо аз хусусиятҳои неврологӣ, махсусан аз дарди сар, сарчархзанӣ, сустии умумӣ, ҳалалёбии ҳоб, суст шудани консентратсияи диққат ва хотира.

Ба ҳамаи беморон давраи масҳи минтақаи гардан ва сар, ҳамчунин натрий бром электрофарез бо эуфилин дар минтақаи гардан гузаронида шуд.

Электрофарези шифой – ин тақриби таъсирот ба организм тавассути чараёни доимии барқӣ аст, ки бо ёрии он маводи доругӣ интиқол дода мешавад. Ҳангоми истифода намудани ин усул, бар иловаи таъсири чараёни домӣ ва доруҳои тавассути он интиқолшаванда, таъсири муолиҷавӣ млова мешаванд.

Таҳти таъсири чараёни доимӣ дар бофтаҳои зер системаи танзими маҷрои ҳуни локалӣ фаъол гашта, муҳтавои моддаҳои фаъоли биологӣ баланд мешавад ва фаъолнокшавии омилҳои сусткунандаи рағҳоро ба миён меоварад. Дар натиҷа ҷавфи рағҳои ипушт ва гиперемияи он васеъ мегардад.



Васеъшавии капиллярҳо ва зиёд шудани гузаронандагии девораи онҳо, тахти таъсири протсессҳои мавзеи нейрогуморалӣ, на танҳо дар ҷойҳои корбурди электродҳо, балки дар бофтаҳои амиқ ҷойгиршуда низ ба амал меояд, аз тариқи онҳо ҷараёни доимии барқ мегузарад. Дар баробари ин вусъат гирифтани гардиши хун тва гардиши лимфа тонуси мушакҳо суст, қобилияти хоричкунии пӯст баланд ва компрессияи ноқилҳои дард кам мегардад.

Ҷараёни доимии барқ протсессҳои мубодилавӣ- трофикӣ ва мавзеи нейрогуморалиро дапр бофтаҳо стимулятсия мекунад. Вай фаъолнокии фагоситарии макрофагҳо ва лейкоцитҳоро баланд бардошта, протсессҳои регенератсияи асабҳои периферӣ, бофтаҳои устухонӣ ва пайвастанда, эпителизасияи ҷароҳати хеле суст сикхатшаванда ва решҳои трофикиро метезонад, ҳамчунин қобилияти секретории ғадудҳои луобӣ, меъда ва рӯдаҳоро қувват мебахшад.

Ҷараёни доимии барқ на танҳо ба хусусиятҳои умдаи воридсозии маводи доругӣ, балки ба фармакокинетика ва фармакодинамикаи онҳо низ таъсири амиқ мерасонад. Дар ин маврид таъсирҳои иловагии манфии пероралӣ ва парентералии ворид кардани маводи доругӣ дида намешавад ва вокунишҳои алергӣ низ кам ба назар мерасанд. Ғайр аз хусусиятҳои зикршуда, ҳангоми электрофорези доругӣ таъсири ингредиентҳои балластӣ хеле кам аст маҳлулҳои ис-

тифодашаванда ба стерилизатсия зарурат надоранд, ин имконият медиҳад, ки онҳоро ҳангоми гузаронидани протседураҳо дар шароити саҳроӣ истифода бурд.

Масх ҳиссиёти нӯги асабҳоро баланд мебардорад, протсесси регенератсияро метезонад, эҳсосоти дардро кам ва ё пурра нест мекунад, бо хун таъмин шудани бофтаҳоро зиёд мегардонад, фаъолияти майнаи сарро тстимулятсия месозад, тавлид шудани ҳуҷайраҳои асабиро вусъат мебахшад. Масх воқеаи самараноки нест кардани симптомҳои асосии депрессия ва тарсу ваҳм, беҳтар шудани сифати ҳоб, барқарорсозии беҳбудии умумии саломатӣ ба шумор меравад.

Ин протседураҳо шиддати мушакҳоро паст мекунад, гардиши хуни рағҳои майнаи сарро беҳтар месозанд, хоҳро беҳбуд мебахшанд ва ҳолатҳои депрессивиро аз байн мебаранд. Муолиҷа аз 3 курси табобат бо 10-15 протседура бо танаффуси 2 ҳафта, дар давоми 3-5 моҳро ташкил дод.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо.

Пас аз табобати гузаронидашуда тамоюли беҳтаршавии ҳолати умумӣ, барқароршавии ҳоб, хотира ва кам шудани дарди сар ба мушоҳида расид. Қобилияти корӣ баланд ва таъб ҳуш шудааст.

Хулоса. Муддати тӯлонӣ истифода кардани варзиши муолиҷавӣ дар якҷоягӣ бо протседураҳои физиотерапевтӣ ҳолати бе-моронро хеле беҳтар месозад дар давраи барқароршавии синдроми постковидӣ.

Адабиёт

1. Комаров Л.А. Руководство по физическим методам лечения. /Л.А.Комаров, Т.В. Благосвидная// М.: Медицина, 2016 г.10-15 с.
2. Васечкин В.И. Руководство по массажу. / В.И.Васечкин М//: Медицина, 2019 г.30-45 с.
3. Плутницкий А. Н. Методические рекомендации по реабилитации постковидного синдрома. / А.Н. Плутницкий //Медицина: Санкт-Петербург 2022 г. 75 стр.

РЕАБИЛИТАЦИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА С ПОМОЩЬЮ СРЕДСТВ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ

Алиева Е.Г., Фаттоева Н.В.

Кафедра внутренних болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан.

В данной статье рассматриваются вопросы влияния лечебной физкультуры и физиотерапевтических процедур, в частности

массаж шейно-воротниковой зоны и электрофорез с введением лекарственных веществ, при неврологических осложнениях

постковидного синдрома. В ходе исследования представлены результаты, которые доказывают, что после проведённого лечения наблюдалась тенденция к улучшению обще-

го самочувствия или полному восстановлению состояния здоровья.

Ключевые слова: реабилитация, массаж, электрофорез, постковидный синдром.

REHABILITATION OF NEUROLOGICAL COMPLICATIONS OF POST-COVID SYNDROME WITH THE HELP OF PHYSICAL THERAPY

Alieva E.G., Fattoeva N.V.

Department of Internal Diseases №1, SEI "TSMU named after Abualiibni Sino", Tajikistan

This article discusses the impact of physiotherapy exercises and physiotherapy procedures, in particular, massage of the cervical-collar zone and electrophoresis with the introduction of medicinal substances, with neurological complications of post-covid

syndrome. The study presents results that prove that after the treatment, there was a tendency to improve overall well-being or a complete recovery of health.

Key words: rehabilitation, massage, electrophoresis, post-covid syndrome.

Алиева Елена Гулямовна - н.и.т., дотсенти кафедраи бемориҳои дарунии №1, МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуали ибни Сино», тел.: 917-58-08-62.

Фаттоева Наталья Валеревна – муаллими калони кафедраи бемориҳои дарунии №1, МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуали ибни Сино», E.mail: musnat06@mail.ru, тел.:93-501-71-92

Алиева Елена Гулямовна – к.м.н, доцент кафедры внутренних болезни №1 ГОУ «Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино», тел.: 917-58-08-62.

Фаттоева Наталья Валерьевна – старший преподаватель кафедры внутренних болезни №1 ГОУ «Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино». E.mail: musnat06@mail.ru, тел.:93-501-71-92

Alieva Elena Gulamovna – associate of professor of the department of Internal Diseases №1 of SEI Avicenna Tajik State Medical University, tel.:917-58-08-62

Fattoeva Natalya Valerievna – senior lecturer of the department of Internal Diseases №1 of SEI of Avicenna Tajik State Medical University, E.mail: musnat06@mail.ru, tel.:93-501-71-92



БЕМОРИҲОИ КӮДАКОН

СИНДРОМИ ЛАЙЕЛЛ ДАР КӮДАКОН

Бабаева Л.А., Розикова К.Р., Ашурова Н.П., Рахмонов Т.К.

Кафедраи таълими асосҳои бемориҳои кӯдаконаи МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”

Муҳиммият. Тибқи маълумоти ТУТ зиёда аз 15%-и аҳолии кӯдакони Замин аз бемориҳои аллергӣ ранҷ мебаранд. Дар ин самт мавқеи асосиро аксуламалҳои умумиаллергӣ ишғол мекунад: шоки анафилактикӣ ва дерматити токсикӣ –аллергӣ, ки ҷараёни барқосро ва аксар вақт оқибатҳои номатлуб доранд [1,6]. Токсикодермияи доругӣ тақрибан 20%-и ҳамаи оризаҳои табобати медикаментозиро ташкил медиҳанд ва дар 2-3%-и беморони бистаришуда ташхис карда мешаванд. Дар этиологияи токсидермия нақши асосиро сабабҳои экзогенӣ ва баъзан эндогенӣ мебозанд. Ба сабабҳои экзогенӣ препаратҳои доругӣ, маҳсулоти ғизоӣ, моддаҳои истеҳсоли ва майиши химиявӣ дохил мешаванд, ки ба организм аз тариқи роҳҳои ҳозима ва нафаскашӣ меафтанд. Ғайр аз ин, препаратҳои доругӣ метавонанд токсикодермияро дар ҳар гуна усулҳои таъриқ ба вучуд оваранд: дохиливаридӣ, дохилимушакӣ, зерипустӣ, ҳамчунин дар натиҷаи аз тариқи пӯст ҷазб шудан ҳангоми истифодаи беруни [2,3]. Дучоршавии оризаҳои вазнини пӯст ба ҳисоби миёна 1-3 ҳолат ба 10 ҳазор нафар таъйиноти воситаҳои доругиро ташкил медиҳад, аммо барои ҳар як гурӯҳҳои фармокологии моддаҳои доругӣ ин нишондодҳо фарқ мекунаанд [1,7].

Яке аз проблемаҳои муҳими тиббии муосир синдроми Лайелла мебошад, ки мувофиқи ТББ-10 рамзи L51,2 ва номи «Некролизи токсикӣ эпидермалӣ» мебошад. Синдроми Лайелла як бемории нисбатан нодир буда, бо доштани хатари баланди оқибати ғавтовар барои ҳама категорияҳои синнусолии беморон фарқ мекунад [4,5,11]. Паҳншавии НТЭ дар популятсияи умумии одамон 10-12 ҳолат ба 1 млн одам буда, тибқи маълумоти муаллифони дигар, синдроми Лайелла ба ҳисоби миёна бо басомади 1,89 ҳолат ба 1 млн аҳоли дар як сол

ва 2 маротиба бештар дар ҷинси зан ба мушоҳида мерасад. Дар байни аҳолии сафедпӯст басомади дучоршавии НТЭ назар ба африқоӣҳо камтар аст [2,6,12].

Синдроми Лайелла ё НТЭ – дерматози шадидан инкишофёбанда, ки дорои некрози эпидермис ва баъдан ҷудо шудани он тамоми қабатҳои пӯст мебошад. НТЭ шакли вазнинтарини токсидермияи медикаментозӣ ба ҳисоб меравад ва ҳамчун аксуламал ба таъсирҳои таркибии токсикӣ, агентҳои доругӣ ва сироятӣ инкишоф меёбад, дар заминаи дараҷаи баланди гиперҳассосияти организм пайдо мешавад. НТЭ дар 0,3%-и ҳамаи ҳолатҳои аллергияи доругӣ дучор мешаванд аст [1,10,12]. НТЭ бори нахуст аз тарафи А. Lyell дар соли 1956 тавсиф шудааст. Дар адабиёти илмӣ ин беморӣ баъзан бо номи эпидермолизи некротикии полиморфӣ, синдроми пӯсти урэншуда, некролизи токсико-аллергии эпидермалӣ низ ёд мешавад, аммо дар тамоми ҷаҳон НТЭ –ро синдроми Лайелла меноманд. Дар соли 1967 дар асоси маълумотҳои пурсишномаи тиббии англис Лайелл оид ба 128 бемори дорои НТЭ маълумот пешниҳод кардааст. Азбаски дар пайдошавии дерматез омилҳои токсикӣ нақши камтаринро мебозанд, М- Веар дар соли 1962 пешниҳод намуд, ки некролизи эпидермалии Лайелла на токсикӣ, балки шадид номида шавад. Қаблан синдроми Лайелла ҳамчун лемфигуси шадид ифода карда шуда буд [6,11].

Мувофиқи маълумоти як қатор муаллифон омилҳои этиологияи НТЭ дар бештар аз 80%-и ҳолатҳо препаратҳои доругӣ ба ҳисоб мераванд [7]. Бештар аз ҳама (30-50%-и ҳолатҳо) НТЭ бо истифода аз препаратҳои сулфаниламидҳо, махсусан таъсири тӯлонӣ; баъдан антибиотикҳо..... [1,7,9].

Беморӣ метавонад, ки дар натиҷаи истифодаи таркибии якчанд препаратҳо пайдо шавад. Ҳолатҳои НТЭ, ки ба гематрансфу-

зия, тазриқи гамма-глобулин, пирогенал, зардоби зидди титонус (кузозӣ) тавсиф шудаанд. НТЭ ҳамчунин ба ҳайси варианти вазнинтарини эритемаи бисёршаклии экссудативӣ баррасӣ карда мешавад[8]. Дар байни ҳама аксуламалҳои аллергияи типии фаврӣ аз рӯи нишондиҳандаҳои фавт синдроми Лайелла танҳо аз шоки анафилактикӣ ақиб мемонад. Имрӯз оид ба вобастагии хатари беморӣ аз синну сол маълумот мавҷуд нест. Мувофиқи натиҷаҳои таҳқиқоти аз тарафи D.Y.Hsu ва ҳаммуаллифон дар ИМА, НТЭ дар кӯдакон назар ба калонсолон камтар ба амал омада, 0,4 ҳолат ба 1 млн аҳолии кӯдак дар солро ташкил медиҳад, ки нисбат ба калонсолон 4 маротиба кам аст[11,12]. Дар бемороне, ки қаблан синдроми Лайелларо аз сар гузаронидаанд, махсусан дар синну соли кӯдакӣ, хатари лаҳзаи такрории беморӣ хеле зиёд аст[4,5]. Имрӯзҳо масъалаи хусусиятҳои чараёни клиникаи НТЭ дар кӯдакон дар адабиёти ватаниву ҷаҳонӣ пурра инъикос наёфтаанд, ки ин ташхиси барвақти беморонро душвор месозад ва боиси пайдо шудани оризаҳои барои ҳаёти беморон хатарнок мешаванд.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши хусусиятҳои клиникаи чараёну усулҳои асосии табobati синдроми Лайелла дар кӯдакон.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳти муоина 3 писари 1,5- 2,5 ва 5 солаи дорои шаклҳои шадиди синдроми Лайелла қарор доштанд, ки ба шӯъбаи алергологии кӯдакони МД «Маҷмааи тиббии» «Истиқлол» дохил шуда буданд. Дар ҳамаи беморон усулҳои таҳқиқоти клиникӣ- анамнезӣ, лабораторӣ-инструменталӣ ва серологии таҳқиқот гузаронида шуд.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Дар беморони аз тарафи мо таҳқиқшуда сабаби НТЭ истеъмоли дорухое, ба монанди пенитсиллин (бемор 2,5 сол бо СШР), карбамазепин (бемор 1,5 сол бо эпилепсия), комплекси витаминҳои гурӯҳи В (бемор 5 сол) буд. Тибқи суханони волидайн беморӣ ба таври шадид, бо ларза, то 39°- 40° С баланд шудани ҳарорати бадан, зухуроти катаралӣ дар даҳонҳалқ соф шудааст. Баъдан дарднокии қабатҳои пӯст пайдо шудааст. Дар арафаи бе-

морӣ кӯдакон препаратҳои зикршударо истеъмол кардаанд. Баъди 6-8 соати истеъмоли дорухо дар рӯй, бадан ва андомҳо дончаҳои фаровони доғӣ- папулёзӣ бо зуд пайдо шудани ҳубобчаҳо ба сатҳҳои эрозиявӣ аввал дар рӯй ва баъдан дар бадан пайдо мешаванд. Волидайн барои ёрии тиббӣ ба педиатрии маҳалла муроҷиат кардааст, ки маҳлули фуксинро барои ба қабатҳои пӯст молидан таъин кардааст, баъди ин ҳолати беморон бад шуд, дар охири шабонарӯзи дуюм ва аввали шабонарӯзи сеюми пас аз беморӣ сар шудан беморон дар шӯъбаи алергологии кӯдакон бистарӣ кунонида шуд (расми 1,2). Ҳангоми дохил шудан кӯдакон ғазаболуд буданд. Ҳолати онҳо вазнин баҳогузори карда шуд. Дар пӯсти рӯй, бадан, андомҳо ва узвҳои чинсӣ дончаҳои полиморфӣ, эритематозӣ, доғдор, дарднок буданд ва ҳангоми ламс кардан ба якҷояшавӣ майл доштанд. Ҳангоми дохил шудан ба беморхона дончаҳо хокистарранги кабуд буданд, ҳангоми таъсири механикӣ расонидан дар он эпидермис бо қабати ҳамвор ҷудо мешавад. Дар ҷойҳо доғҳои эритематозӣ ҳубобчаҳои сусти дорои муҳтавои серозӣ ва серозиву хунолуд дида шуд, ки босуръат пора шуданд. Майдони калони безэпидермисро ҳосил карданд, ки дар канорҳояш пораҳои эпидермиси намноки тар ва болояшон дарднок дида мешуд. Дар баъзе ҷойҳо эпидермис бидуни аксуламалҳои возеҳи буллёзӣ, таҳти таъсири фишори хурд (симптоми мусбати Николский) ҷудо мешавад, ки ба сӯхтагии паҳншудаи дараҷаи II монанд буд. Дар ҷойҳои осебдидаи пӯсти атрофи даҳон, бинӣ ва чашм қабате дида шуд, ки кушодани даҳон ва чашмро душвор месозад. Майдони осеби сатҳи бадан 60%-ро ташкил додааст.

Вобаста аз талафи зиёди моеъ аз сатҳи эрозиявӣ дар ҳама беморони аз тарафи мо таҳқиқшуда беобшавӣ дида шуд. Бо инкишоф ёфтани беморӣ баъдан дар сатҳҳои эрозиявӣ сохторҳои решдор пайдо шуданд. Дар авҷи беморӣ дар ҳамаи беморон ҳангоми муоина симптомҳои возеҳи захролудшавӣ, симптомҳои мусбати Николский, тахикардия, паст шудани фишори шарёӣ дида шудаанд. Дар хун ба қайд гирифта шуд:

лейкоситоз (аз 18 то 22 $\times 10^9$ /л), нейтрофилёз бо тағйироти чўбчаи ҳаставӣ, тезонида шудани СОЭ (то 30 мм/ч), гипопротейнемия (50-52 г/л), ихтилолҳои обу электролитҳо. Дар таҳлили умумии пешоб протеинурия то 1г/ш.р. ва лейкоцитурияи ночиз ба назар расид. Дар охири ҳафтаи 4-ум инкишофи баръакси беморӣ ба қайд гирифта шуд.



Расми 1. Синдром Лайелла дар бемори 2,5-сола



Расми 2. Синдром Лайелла дар бемори 5-сола

Табоботи беморӣ ҳангоми риоя кардани ҳарорати муносиби режим (28°C), шароити максималии стерилӣ гузаронида шудааст. Табоботи медикаментозӣ метил-преднизалон аз ҳисоби 6-8 мг/кг, дексаметазон 1 мг/кг массаи бадан дар шабонарӯз дохили-

варидӣ то ба эътидол омадани ҳолат ва баъдан гузаштан ба шакли ҳаббии преднизолон аз ҳисоби 2мг/кг шр.сурат гирифт. Минбаъд паст кардани доза бо назардошти симптоматикаи клиникӣ амалӣ карда шуд. Давомнокии умумии курси преднизолон 4 ҳафтаро ташкил дод. Пеш аз таъмин кардани препаратҳои доругӣ аксуламали сенсibiliзатсияи лизиси лейкоцитҳо ва IgE бо усули фазасахти ИФА гузаронида шуд. Ҳангоми мавҷуд будани натиҷаҳои манфӣ таносуби обу электролит бо маҳлули 0,9% натрий хлорид, 5% глюкоза, ислоҳи гипопротейнемия- 20% албумин, табобати антигистаминӣ бо супрастин гузаронида шуд. Профилактикаи оризаҳои бактериалӣ бо роҳи тайин кардани аминогликозидҳо (амикатсин бо роҳи парентералӣ бо дозҳои ибтидоии 10мг/кг, баъдан бо 7,5мг/кг, дар ҳар як 12 соат) гузаронида шуд. Табобати мавзей аз қоркарди пардаи луобии чашм бо маҳлули стерилии изотоникӣ бо маҳлули натрий хлорид, ковокии даҳон бо равғани – зайтун, нуқсонҳои пӯст бо марҳами синк(рӯҳ) ва марҳами селестодем поккории карда шуданд. Табобати гузаронидашуда ҳолати беморонро ба эътидол овард. Беморон аз статсионар дар ҳолати сиҳатёбии пурраи клиникӣ дар ҳафтаи 6-уми беморӣ рухсат шудаанд.

Хулоса. Синдрому Лайелла яке аз бемориҳои вазнини токсикӣ-аллергӣ буда, барои ҳаёти кӯдакон хатарнок мебошад. Анамнези ҷиддан ҷамъоваришуда ва манзараи маҳсули клиникӣ имконият доданд, ки беморӣ сари вақт ташхис ва табобати муносиб таъйин карда шавад, бо мақсади пешгирии намудани пайдошавии оризаҳо, ҳамчунин беҳтар сохтани пешгӯии беморӣ.

Адабиёт

1. Клиническая аллергология. Руководство для практич. врачей / Под ред. Р.М. Хаитова. — М.: МЕДпресс-информ. - 2002. — С. 62.
2. Бакстон П. К. Дерматология. - М.: Бином. - 2005. - 175 с.
3. Собко Е. А., Терещенко Ю. А., Тисленко Л. Н. и др. Тяжелые кожные проявления лекарственной аллергии // Первая краевая. - 2006. - №27. - С. 25-29.
4. К проблеме лечения синдрома Лайелла: вопросы дискуссионного характера / А. С. Владыка, П. П. Рыжко, В. М. Воронцов, К. О. Подоплелов // Дерматология. — 2007. — № 4. — С. 21—26.

5. Межирова Н.М., Баева С.И., Азарокова А.М. Особенности течения и лечения синдрома Лайелла. Медицина неотложных состояний 2011; 5: 36—38.
6. Хаитова Р.М., Ильина И.Н. Аллергология и иммунология. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009; 532.
7. Ильина Н.И., Латышева Т.В. Лекарственная аллергия, клинические рекомендации. Российский аллергологический журнал 2013; 5: 27—40.
8. Григорьев Д.В. Многоформная экссудативная эритема, синдром Стивенса-Джонсона и синдром Лайелла — современная трактовка проблемы. Русский медицинский журнал 2013; 22: 1073—1083.
9. Варшева И.И., Хашкина Л.А. Токсический эпидермальный некролиз: клинические особенности и терапия. Сибирский медицинский журнал 2014; 6: 130—132.
10. Харченко Г.А., Кимирилова О.Г. Синдром Лайелла у детей - клинические проявления, лечение // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2019. - Т. 64. - № 1. - С. 99-102.
11. Wolkenstein P, Revuz J. Toxic epidermal necrolysis // Dermatol. Clin. — 2000. — № 18. — P 485-495.
12. Tan S.K., Tay V.K. Profile and Pattern of Stevens-Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis in a General Hospital in Singapore: Treatment outcomes. Acta Derm Venerol 2012; 92: 62—66. DOI: 10.2340/00015555-1169

СИНДРОМ ЛАЙЕЛЛА У ДЕТЕЙ

Бабаева Л.А., Розикова К.Р., Ашурова Н.П., Рахмонов Т.К.

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино”
ГУ “Медицинский комплекс Истиклол”

Синдром Лайелла - заболевание потенциально опасное для жизни расстройствами, характеризующимися широко распространенным эпидермальным некролизом, эрозией слизистых оболочек и тяжелыми системными симптомами. В статье описаны особенности клинического течения острой формы синдрома Лайелла у 3-х мальчиков в возрасте 1,5 лет, 2,5 и 5 лет, причи-

ной которого явились препараты – карбамазепин, пенициллин и комплекс витаминов группы В. Представлен анализ проведенного лечения с момента поступления больных в детское аллергологическое отделение, обеспечивший полное их выздоровление.

Ключевые слова: дети, синдром Лайелла, клиника, лечение.

LYELL'S SYNDROME IN CHILDREN

Babaeva L.A., Razokova K.R., Ashurova N.P., Rakhmonov T.K.

Department of propaedeutics of children diseases of the SEI “ATSMU”
SI “Istiqlol Medical Complex “

Lyell's syndrome is a potentially life-threatening disorder characterized by widespread epidermal necrolysis, mucosal erosion, and severe systemic symptoms. The article describes the features of the clinical course of the acute form of Lyell's syndrome in 3 boys aged 1.5 years, 2.5 and 5 years, the cause of which was drugs - carbamazepine,

penicillin and a complex of vitamins of group B. The analysis of the treatment performed from the moment of admission of patients to the children's allergological department, which ensured their complete recovery, is presented.

Key words: children, Lyell's syndrome, clinic, treatment.

Бабаева Лола Абдунаимовна - мудири кафедраи таълими асосҳои бемориҳои кӯдакони МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуали ибни Сино”, E.mail: lola.a.babaeva@mail.ru, тел.: 446003624.



Разокова Комилаи Рачабӣ – ассистенти кафедраи таълими асосҳои бемориҳои кӯдаконаи МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино”, тел.: 556663310.

Ашурова Наргис Пулодшоҳевна - ассистенти кафедраи таълими асосҳои бемориҳои кӯдаконаи МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино”, E.mail: asurovanargis98@gmail.com, тел.: 985633679.

Раҳмонов Турахон Каримович – мудири шӯъбаи алергологии кӯдакони МД “Маҷмаи тандурустии Истиқлол”, тел.: 919555877

Бабаева Лола Абдунаимовна - заведующая кафедрой пропедевтики детских болезней ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», E.mail: lola.a.babaeva@mail.ru, тел.: 446003624.

Разокова Комилаи Раджаби – ассистент кафедры пропедевтики детских болезней ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», тел.: 556663310.

Ашурова Наргис Пулодшоҳевна - ассистент кафедры пропедевтики детских болезней ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», E.mail: asurovanargis98@gmail.com, тел.: 985633679.

Раҳмонов Турахон Каримович – заведующий детским алергологическим отделением ГУ “Медицинский комплекс Истиқлол”, тел.: 919555877

Babaeva Lola Abdunaimovna - head of the department of propaedeutics of children diseases of the SEI “Avicenna Tajik State Medical University”, E.mail: lola.a.babaeva@mail.ru, тел.: 446003624.

Razokova Komilai Rajabi – assistant of the department of propaedeutics of children diseases of the SEI “Avicenna Tajik State Medical University”, тел.: 556663310.

Ashurova Nargis Pulodshohevna - assistant of the department of propaedeutics of children diseases of the SEI “Avicenna Tajik State Medical University”, E.mail: asurovanargis98@gmail.com, тел.: 985633679.

Rahmonov Turakhon Karimovich – head of the pediatric allergology department of SI “Istiqlo Medical Complex “, тел.: 919555877

ХУСУСИЯТҲОИ ҶАРАЁНИ НУҚСОНҲОИ МОДАРЗОДИИ ДИЛ ДАР КӯДАКОНИ НАВЗОД ВА СИНИ БАРМАҲАЛ.

Давлатова С.Н.,¹ Тоҷибоева З.А.,¹ Файзуллоев Ф.А.²

1. Кафедраи бемориҳои кӯдаконаи №2 МДТ ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино;
2. МД Маркази ҷумҳуриявии илмию клиникии педиатрӣ ва ҷарроҳии кӯдакона

Муҳимият. Дар вақтҳои охир нуқсонҳои модарзодии дил (НМД) мавқеъҳои пешкадамро ишғол намуда паҳншавӣ дар муқоиса бо дигар нуқсонҳои модарзодии кӯдакон зиёд боқӣ мемонад, сабаби асосии марг дар кӯдакон мешавад [1-3]. Такмили ташҳиси алгоритмҳо (аз ҷумла ҷорӣ намудани скрининги пеш аз таваллуд) ва усулҳои тасвирӣ ба ошкорсозии барвакти НМД мусоидат мекунад [1]. Дар муолиҷаи ин категорияи кӯдакон истифода бурдани техникаи муосир, муолиҷаи ҷарроҳӣ, ҳафви ҷавби кӯдакони дорои НМД-ро коҳиш ме-

диҳад [1,2]. Соли аввали ҳаёти кӯдакон марҳалаи интенсивии инкишоф мебошад. Дар ин давра афзоиши назарраси нишондиҳандаҳои афзоиши оммавӣ, камолоти морфо-функционалии сохторҳои марказии асаб идома дорад, ки аз таъминоти гемодинамикӣ вобастагӣ дорад [2]. Яъне НМД ба инкишофи ҷисмонӣ, инкишофи психомоторӣ, фаъолияти умумии системаи дилу рағҳо таъсири манфӣ мерасонад [4,5]. Аз ин рӯ, арзёбии саломатии кӯдакони гирифтори НМД дар ин маврид давраи афзалиятнок аст.

Мақсади тадқиқот: Омӯзиш ташҳиси бармаҳал, хусусияти хоси сохтори нуксонҳои модарзодии дил (НМД) ва тактикаи табобат мебошад.

Маво ва усулҳои тадқиқот. Дар марҳилаи аввал 109 кӯдакони навзоди дорои НМД дар таваллудхонаи №3 шаҳри Душанбе, марҳилаи дувум 130 беморони то 3 сола дорои нуксонҳои модарзодии дили шӯъбаи дил ва тарбоди кӯдакони маркази миллии тибби Ҷумҳурии Тоҷикистон “Шифобахш” таҳлил карда шуд. Ба ҳамаи беморон таҳқиқоти клиники, сабти барқии дил(СБД), рентгени қафаси сина, ЭхоКГ бо доплерографияи дил гузаронида шуд.

Сохтори нуксонҳои модарзодии дил дар кӯдакони навзоди муоинашуда –дефекти байни дахлезҳои дил (ДБДД) -21 (19,3%), дефекти байни меъдаҷаҳои дил (ДБМД) -68 (62,4%), стенози шараёни шуш -6 (5,5%), маҷрои кушодаи артериявӣ (МКА) -5 (4,6%), транспозисияи рағҳои магистралӣ (ТРМ)-3 (2,7%) меъдаҷаи ягона -1 бемор (0,9%), гипоплазияи меъдаҷаи чап 5 (4,6%) мебошад.

Сохтори нуксонҳои модарзодии дил дар кӯдакони сину соли бармаҳали муоинашуда –дефекти байни дахлезҳои дил (ДБДД) -21 (16,2%), дефекти байни меъдаҷаҳои дил (ДБМД) -41 (31,5%), стенози шараёни шуш -12 (9,2%), тетрадаи Фалло -10 (7,7%), Маҷрои кушодаи артериявӣ (МКА) -14 (10,7%), транспозисияи рағҳои магистралӣ (ТРМ) 10 (7,7%), меъдаҷаи ягона -5 бемор (3,8%), коарктасияи аорта 2 (1,5%), омехтаи ДБДД ва ДБМД -12 бемор (9,2%), атрезияи дарғоти сетабақа 3 (2,3 %) ташкил мекунад.

Коркарди маълумотҳои омӯри бо истифода аз барномаи MS Office 2015 анҷом дода шуд.

Натиҷаҳои тадқиқот ва баррасии онҳо: Дар таваллудхонаи №3 шаҳри Душанбе соли 2013-2014, 109 навзодон НМД ба қайд гирифта шуд, ки аз инҳо 83 нафарашон сокинони шаҳр (76%), 26 ҳодиса сокинони ноҳияи тобеи марказ (24%) мебошад. Ҳамаи занҳо дар синни соли репродуктивӣ(аз 22 то 35 солагӣ) қарор дошт.

Ҷадвали 1.- Сохтори нуксонҳои модарзодии дил дар навзодон пайдошуда

НМД	Микдор	%.
ДБДД	21	19,3
ДБМД	68	62,4
Стенози шараёни шуш	6	5,5
Маҷрои кушодаи шуш	5	4,6
Транспозитсияи рағҳои магистралӣ	3	2,7
Меъдаҷаи ягона	1	0,9
Гипоплазияи меъдаҷаи чап	5	4,6

Эзоҳ: аз % умумии кӯдакони навзоди бо НМД

Аз 109 навзодони бо нуксонҳои модарзодии дил таваллуд шуда, 12 навзод дар таваллудхона ҷавид, 23 навзод ба дувум марҳилаи нигоҳубин гузаронида шуд, 79 навзод зери назорати кардиолог ҷавоб дода шуд.

Ҳамин тариқ, нишондиҳандаи ҷавид дар навзодони дорои НМД дар таваллудхона 7%-ро ташкил дод (нишондиҳандаҳои ҷаҳонӣ аз 9,7 то11%).

Ҳангоми таҳлили анамнези беморони бо НМД таваллудёфта маълум гашт, ки 65%-и онҳо бемории сирояти вирусӣ дар 2-8 ҳафтаи ҳомиладорӣ гузоридаанд. Микдори

зиёди онҳо доруҳо дар ҳафтаи аввали ҳомиладорӣ қабул кардаанд; ҳамчунин 35,5% занҳо дар никоҳи ҳешу таборӣ қарор доштанд, дар дигар 35 %-и модарҳо дар ҳомилагии пешина исқоти ҳамл ва бачапартои доштанд. 27% волидон дар бо никоҳи ҳешутабор қарор даштанд. Ҷавти кӯдакони синну соли бармаҳал ба қайд гирифта шуд. Дар аксари модарони беморон патологияи ҳамради ба қайд гирифта шуд.

Ҳангоми омӯзиши анамнези беморӣ дар кӯдакони НМД норасоии вазнини ғизо, норасоии кори дил, гиперволемиаи гардиши хурди хун мушоҳида мешавад.



Дар аксарият мавридҳо дар кӯдакони дорои НМД бо гиперволемиаи гардиши хурди хун тез тез бемории шадиди роҳҳои нафас ва бронхити такроршаванда, пневмония мушоҳида карда мешуд.

Мувофиқи нишондодҳои шӯъбаи дил ва тарбоди кӯдакони ММТ ҚТ “Шифобахш” то 3 солаги 130 кӯдаки гирифтори НМД табобат гирифт.

Ҳамаи кӯдакон дар шӯъбаи дил ва тарбод ММТ ҚТ “Шифобахш” дар ҳолати вазнин муоина ва табобат гирифтанд. 4 кӯдак хуруҷҳои нафастангӣ кабудшавӣ, 12-тои дигар бо пайвастанавии ҳолати септики, 3-тои кудак аз оризаи тромбоземболиа ва 21 беморон бо норасоии кори дил фавтиданд.

Ҷадвали 2.- Сохтори нуқсонҳои модарзодии дил дар кӯдакони синни бармаҳал

НМД	Микдор	%.
ДБДД	21	16,2
ДБМД	41	31,5
Стенози шарағи шуш	12	9,2
Мачрои кушодаи шуш	14	10,7
Транспозицияи рағҳои магистрालи	10	7,7
Тетрада Фалло	10	7,7
Меъдачаи ягона	5	3,8
Коарктасия аорта	2	1,5
Атрезияи дарғоти сета бака	3	2,3
ДБДД ва ДБМД	12	9,2

Эзоҳ: аз % умумии кӯдакони синну соли бармаҳал бо НМД

Ҳамаи беморон бо НМД ба қайди Д-и гузошта шудааст. Ғайр аз Тетрада Фалло бо стенози шарағи шуш табобат бо гликозидҳои дил, доруҳои калийдор, дар ҳолати лозима пешобронҳо қабул карданд. Ба ҳамаи кӯдакон баъди ҷавобшавӣ аз беморхона назорати кардиолог ва духтури атфол, муоинаи кардиохирург тавсия дода шуд.

Беморони бо норасоии дараҷаи 1-и гардиши хун табобати метаболитикӣ ва табобати симптоматикӣ (камхунӣ, камвазнӣ, иммунокоррекция) қабул карданд.

Кӯдакони то 1-моҳа дар як моҳ дубор, до 1-сола ҳармоҳа, кӯдакони аз 1-сола боло ҳар се моҳ дар давоми 1-сол, як маротиба бояд табобати статсионарӣ дар шӯъбаи дил ва тарбоди кудакони гирад, ҳамчунин муоинаи ҷарроҳи дили кӯдакони, барои ислоҳи вояи табобати дастгирикунанда норасоии кори дил ва рафъ кардани манъбаи сироят муоина ва табобати кардиологи кӯдакони лозим аст.

Ба беморони НМД намуди кабудии бо гиперкоагуляцияи хун, барои пешгирии тромбоз, нӯшокии зиёд, антикоагулянтҳо, дезагрегантҳо (трентал, фенилин ва ғ.) тавсия карда шуд.

Ба ҳамаи беморони НМД бо норасоии кори дил (НГХ 2а дараҷа ва зиёда) эмкунӣ-ҳо ғайринишон дод мебошад.

Ҳангоми пайвастанавии беморҳои ҳамради (БШРН, ангина, бронхитҳо, илтиҳоби шушҳо) табобати антибактериалӣ барои пешгирии эндокардити бактериявӣ, аденомия, кандани дандонҳо, табобат бо антибиотикҳо 2 рӯз то ҷарроҳӣ ва 3 рӯз баъди ҷарроҳи таинот карда шуд. Дар назорат 16 бемор бо сикхатшавии ва маҳкамшавии дафакти ДБДД, ДБМД, МКА аз қайди Д баровада шуд.

Назорати диспансерӣ барои пешгирӣ ва камшавии оризаҳо дар кӯдакони дорои НМД имконият медиҳад. 56 кӯдак дар шаҳрҳои Душанбе, Москва, Новосибирск ва дигар шаҳрҳои ФР ҷарроҳии дил гузаронида шудааст.

Ислоҳи ҷарроҳии нуқсонҳои модарзодии дил ба ҳолати функционалии организм таъсири мусбат мерасонад. Кӯдакон ба вазнгири, коҳишҳои оризаи беморӣ норасоии кори дил, зиёдшавии фаъолияти ҳаракат, коҳишҳои беморҳои шадиди роҳҳои нафас ба назар мерасад.

Хулоса, чамъоварии дуруст ва муфассали анамнези беморӣ ва ҳаёт ва муоинаи клиники дар аксар ҳолат сари вақт ташхисгузори НМД кӯмак мерасонад. Ҳангоми таҳлили анамнези кӯдакони дорои НМД дар 60% модарони беморон бемории сирояти вирусӣ дар 2-8 ҳафтаи ҳомиладори, бемории музминӣ экстрагенеталӣ, никоҳи хешу таборӣ му-

айян гашт. Дар кӯдакони дорои намуди сафеди НМД дар анамнез зуд зуд бемории шадиди роҳҳои нафас, бронхитҳо, пневмонияҳо такрор мешавад. Дар сохтори НМД аксар вақт нуқсонҳои септалӣ воমেҳӯрад. Ташхиси бармаҳал, табобат, назорати диспансерӣ дар кӯдакони дорои НМД ориза ва зиёдшавии онро пешгири мекунад.

Адабиёт

1. Белоконь Н.А. Болезни сердца и сосудов у детей: руководство для врачей, в 2-х томах/ Н.А. Белоконь, М.Б. Кубергер: Медицина, 1987-918с
2. Неонатальный скрининг с целью раннего выявления критических врожденных пороков сердца: методические рекомендации / под. ред. М. А. Школьниковой. – Москва, 2012. – 36 с.
3. Сакаева Д. Р. Особенности нервно-психического развития детей раннего возраста с врожденными пороками сердца и гипоксически-ишемическим поражением ЦНС / Д. Р. Сакаева // Молодой ученый. – 2011. – Т. 2, № 6. – С. 191.
4. Birth weight of children with congenital heart disease / Н. Н. Kramer, Н. J. Trampisch, S. Rammos, A. Giese // European Journal of Pediatrics. – 1990. – Vol. 149, № 11. – P. 752–757.
5. Congenital heart defects (per 10,000 births) for the following registries: All Registries, last 5 years [cited 2018 Nov 1] [Electronic resource]. – URL <http://www.euocat-network.eu/accessprevalencedata/prevalencetables>.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ НЕОНАТАЛЬНОГО И РАННЕГО ВОЗРАСТА

Давлатова С.Н., Таджибаева З.А., Файзуллоев Ф.А.

1. Кафедра детских болезней №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино;
ГУ Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии.

Актуальность. В последнее время ВПС занимают лидирующую позицию по распространенности в сравнении с другими пороками развития у детей и остаются ведущей причиной смертности в этом возрастном аспекте.

Цель исследования: ранняя диагностика, особенности структуры врожденных пороков сердца (ВПС) и их тактика лечения.

Материалы и методы исследования. Проведен сбор анамнеза заболевания у детей с ВПС от рождения до 3-х лет. Всем пациентам проведено клиническое обследование включая электрокардиограмму, рентгенография грудной клетки, эхокардиография с доплером сердца в роддоме №3 г. Душанбе и национальном медицинском центре (НМЦ РТ) «Шифобахш» в отделении детской кардиоревматологии.

Результаты исследования и их обсуждение: В роддоме №3 г. Душанбе в 2013-2014 гг. было зарегистрировано 109 новорожденных, из которых 83 - жители города (76%) и 26 заболевших - жители РРП (24%). Все женщины находились в репродуктивном возрасте (от 22 до 35 лет).

Заключение: Правильно и детально собранный анамнез заболевания и жизни в большинстве случаев позволяет провести раннюю диагностику ВПС. При анализе анамнеза у детей с ВПС в 60% матерей выявилась вирусная инфекция на 2-8 неделе беременности, хронические экстрагенитальные заболевания.

Ключевые слова: новорожденных, дети раннего возраста, врожденные пороки сердца, тактика лечения.



FEATURES OF THE COURSE OF CONGENITAL HEART DEFECTS IN NEWBORNS AND YOUNG CHILDREN

Davlatova S.N., Tojiboeva Z.A., Fayzulloev F.A.

1. Department of Children's Disease №2, TSMU named after Abuali ibn Sino;
2. State Institution Republican Scientific and Clinical Center of Pediatrics and Pediatric Surgery.

Relevance. Recently, CHD have taken the leading position in terms of prevalence in comparison with other malformations in children and remain the leading cause of death.

Objective of the study: early diagnosis, features of the structure of congenital heart defects (CHD) and their treatment tactics.

Materials and research methods. Anamnesis of the disease was collected in children with CHD from birth to 3 years. All patients underwent clinical examination including electrocardiogram, chest X-ray, echocardiography with cardiac Doppler at maternity hospital No. 3 in Dushanbe. National Medical Center (NMC RT) "Shifobakhsh" in

the department of pediatric cardio-rheumatology.

Results of the research and their discussion:

In the maternity hospital No. 3 in Dushanbe in 2013-2014. 109 newborns were registered, of which 83 were residents of the city (76%) and 26 cases were residents of the RRS (24%). All women were of reproductive age from 22 to 35 years old.

Conclusion: Correctly and in detail collected anamnesis of the disease and life in most cases allows early diagnosis of CHD. When analyzing the anamnesis in children with CHD, 60% of mothers had a viral infection at 2-8 weeks of pregnancy, chronic extragenital diseases.

Давлатова Сохира Назировна - дотсент, мудири кафедраи кафедраи бемориҳои кӯдаконӣ №2 МДТ "ДДТТ ба номи Абӯали ибни Сино", н.и.т. тел. 918790990

Тоҷибоева Зебо Азизовна - дотсенти кафедраи бемориҳои кӯдаконӣ №2 МДТ "ДДТТ ба номи Абӯали ибни Сино", н.и.т. Тел: +992907341500

Файзуллоев Файзуллохоча Абдуллоевич - докторант рНд МД Маркази ҷумҳуриявӣ илмию клиники педиатрӣ ва ҷарроҳии кӯдакона, Тел: +992985183773. email: fayzullokhoja24@gmail.com

Давлатова Сохира Назировна - к.м.н. доцент, заведующая отделением детских болезней кафедры №2 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибн Сино», тел. 918790990

Таджибоева Зебо Азизовна - к.м.н. доцент кафедры детских болезней №2 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибн Сино», Телефон: +992907341500

Файзуллоев Файзуллоходжа Абдуллоевич – докторант PhD Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии, Тел: +992985183773. электронная почта: fayzullokhoja24@gmail.com

Davlatova Sohira Nazirovna- Ph.D. Associate Professor, Head of the Department of Children's Diseases of the Department No. 2 of the State Educational Institution "TSMU named after Abuali ibn Sino", tel. 918790990

Tajiboeva Zebo Azizovna- Ph.D. Associate Professor of the Department of Childhood Diseases No. 2 of the State Educational Institution "TSMU named after Abuali ibn Sino", Phone: +992907341500

Fayzulloev Fayzullokhoja Abdulloevich – PhD. Republican Scientific and Clinical Center of Pediatrics and Pediatric Surgery, Tel: +992985183773. email: fayzullokhoja24@gmail.com

ХУСУСИЯТҲОИ ТАРКИБИИ САФЕДАҲОИ ХУН ВА СТАТУСИ ФЕРМЕНТАТИВИИ ЛИМФОСИТҲО ДАР КӮДАКONI ГИРИФТОРИ ГИПОТРОФИЯ

Исмоилов К.И., Расулова С.А., Ризоева М.Н.

Кафедраи бемориҳои кӯдакон №2, МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино», ш. Душанбе.

Муҳимияти мавзӯ. Норасогии музминини гизо ё синдроми гипотрофия дар синни бармаҳали кӯдакӣ на танҳо мушкилии алоҳида буда, заминаи преморбидӣ барои дигар бемориҳо мебошад. Нишондоди беморнокии гипотрофия дар давлатҳои дараҷаҳои гуногуни инкишофи иҷтимоӣ то ҳол баланд буда (7-10%), зиёдшавии фавтият ба назар мерасад (то 30%). Нақши асосиро дар патогенези норасогии сафедаву энергетикӣ мубодилаи энергетикӣ мебозад, ки маҷмӯи равандҳоеро дар бар мегирад, ки ҳамаи самтҳои фаъолияти ҳаётии ҳучайра ва организмро таъмин мекунад. Марҳилаи асосии мубодилаи энергияро дар организм органеллаи ҳучайра-митохондрия ба зима дорад. Вайроншавии мубодилаи ҳучайравии энергия дар инкишофи ҳолати патологӣ дар дилҳоқ марҳилаи мубодилаи энергия нақши муҳимро мебозад. Ҳангоми норасогии гизо мубодилаи асосӣ аз карбогидратҳо ба чарб мегузарад, ки дар натиҷа ин ҳолат ба диспротеинемия оварда мерасонад.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши нишондодҳои таркиби сафедавии хун ва фаъолияти ферментҳои сикли Кребс (СДГ ва б-ГФДГ) дар лимфоситҳои хуни канории кӯдакони гирифтори гипотрофия.

Маводваусултаҳқиқот. 84 кӯдаки гирифтори гипотрофия дар зерин назорат қарор доштанд, ки дар МД ММТ ҚТ «Шифобахш» бо бемориҳои гуногуни соматикӣ бистарӣ буданд. Вобаста ба норасогии вазни бадан беморон ба 3 гурӯҳ ҷудо карда шуданд (гипотрофияи I, II ва III). Синну соли кӯдакони муоинашуда аз 2- моҳа то 2- соларо дар бар гирифт. Ба гурӯҳи муқоисавӣ 30 кӯдаки шартан солим, ки дар синну сол бо гурӯҳи асосӣ қарор доштанд, дохил шуданд. Ба меъёрҳои иқтибосшуда кӯдакони гирифтори гипотрофияи дар давоми ҳаёт пайдошуда дохил шуданд. Ба меъёрҳои ди-

гар кӯдакони гирифтори гипотрофияи дохилибатнии синнашон то 2- моҳа шомил буданд. Ба қатори муоинаи умумиклиникӣ таркиби сафедавии хун бо муайянкунии фраксияи он гузаронида шуд. Барои баҳодихии ҳолати функционалии лимфоситҳо таҳлили ситохимиявии фаъолнокии ферментҳо – маркёрҳои метаболитикии сикли Кребс (СДГ ва б-ГФДГ) гузаронида шуд.

Қоркарди омории натиҷаҳои таҳқиқот бо ёрии барномаи амалии «Statistica 6.0», ки шомили ҳисобкунии қимати миёна (М) ва иштибоҳи стандартӣ (m) буд, роҳандозӣ гардид. Муқоисаҳои ҷамъӣ дар миёни гурӯҳҳо аз рӯи меъёри Н- меъёри Крускала-Уоллис, муқоисаҳои ҷуфтӣ аз рӯи U-меъёри Манн – Уитни сурат гирифтанд. Муқоисаҳои ҷуфтӣ вобаста ба интиҳобкунӣ аз рӯи Т- меъёри Вилкинсон анҷом дода шуданд. Тафовутҳо дар сурати $p < 0,05$ будан аз лиҳози омӯрӣ қиматнок шуморида мешуданд.

Натиҷаҳо. Ҳангоми омӯзиши миқдори умумии сафедаҳо ва фраксияҳои онҳо дар зардобаи хун муайян карда шуд, ки нишондиҳандаи миёнаи сафедаи умумӣ ва коэффитсиенти мутаносибияти албуминҳо ба глобулинҳо аз ҳамин нишондиҳандаи гурӯҳи кӯдакони солим фарқият надоштанд.

Таркиби сафедаҳо ва фраксияҳои сафедаи хун нишон дод, ки (ҷадвали 1) дар беморони гурӯҳи якум сатҳи миёнаи сафедаи умумӣ, таносуби албумин, аслан, аз нишондиҳандаҳои мувофиқи кӯдакони солим фарқ намекунад, аммо ба онҳо тамоюли камшавӣ хос аст. Миқдори умумии глобулинҳои б, в, г амалан аз як нишондиҳандаҳои гуруҳи кӯдакони солим фарқ намекард. Дар баробари ин, дар кӯдакони гурӯҳҳои дуюм ва сеюм, коҳиши назарраси миқдори умумии сафедаи хун мушоҳида карда шуд, ки ин аз самти катаболитикии мубодилаи сафедаҳо дар ин беморон шаҳодат медиҳад.



Чадвали 1.- Нишондиҳандаҳои сафедаҳо ва фраксияи онҳо дар хуни канории кӯдакони гирифтори гипотрофия (n=84)

Дарачаи гипотрофия	Сафедаи умумӣ (г/л)	Албуминҳо (%)	Глобулинҳо			
			α 1	α 2	β	γ
Гуруҳи назоратӣ n=30	57,56±2,75	35,09±1,67	2,19±0,15	7,55±0,71	7,81±0,66	7,5±0,73
I дараҷа n=20	56,5±1,94 $p_1>0,05$	34,9±1,14 $p_1>0,05$	2,18±0,08 $p_1>0,05$	7,52±0,44 $p_1>0,05$	7,7±0,73 $p_1>0,05$	7,3±0,56
II дараҷа n=24	51,1±1,63 $p_1<0,001$ $p_2<0,001$	32,1±0,94 $p_1<0,01$ $p_2<0,01$	2,12±0,04 $p_1>0,05$ $p_2>0,05$	7,3±0,12 $p_1>0,05$ $p_2>0,05$	7,1±0,17 $p_1>0,05$ $p_2>0,05$	7,0±0,21
III дараҷа n=42	46,6±2,31 $p_1<0,001$ $p_2<0,001$ $p_3<0,01$	29,3±0,71 $p_1<0,001$ $p_2<0,001$ $p_3<0,001$	2,0±0,05 $p_1>0,05$ $p_2<0,01$ $p_3<0,01$	6,9±0,09 $p_1>0,05$ $p_2<0,05$ $p_3<0,001$	6,7±0,08 $p_1<0,01$ $p_2<0,05$ $p_3<0,01$	6,5±0,03
p	<0,001	<0,01	<0,05	<0,05	<0,05	>0,05

Эзоҳ: p – қимати омории тафовутҳои нишондиҳандаҳои миёнаи гуруҳҳои атфол (H- меёри Крускала-Уоллис ANOVA); p_1 – қимати омории тафовутҳои нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо ҳамаин гунна нишондиҳандаҳои атфол и гирифтори гипотрофияи дараҷаи I; p_2 – қимати омории тафовутҳои нишондиҳандаҳо бо ҳамаин гунна нишондиҳандаҳои атфол и гирифтори гипотрофияи дараҷаи II (p_1 - p_2 – аз рӯи U- меёри Манн-Уитни)

Таносуби албумин ба глобулинҳо вайрон шуда буд. Диспротеинемия аз сабаби паст шудани сатҳи фраксияи хурддисперсияи онҳо ва γ - глобулинҳо зоҳир мешавад ($p<0,05$), ки аз фуру рафтани пайванди гуморалии иммунитетӣ мушаххас шаҳодат медиҳад ва бо басомади баландтари бемориҳои рекуррентӣ дар ин категорияи беморон тасдиқ карда мешавад.

Дараҷаи миёнаи сафедаҳои умумӣ нисбат ба нишондиҳандаҳои гуруҳи назоратӣ хеле паст шуда буд. Арзиши миёнаи коэффисиенти албумин ва глобулинҳо ҳам аз ҳисоби фраксияҳои албумин ва ҳам глобулинҳо хеле кам аст. Сатҳи γ -глобулинҳо нисбат ба гуруҳи назоратӣ хеле пасттар буд, ки ин аз паст шудани масунияти гуморалӣ шаҳодат медиҳад.

Чадвали 2.-Нишондиҳандаҳои ситохимиявии кӯдакони гирифтори гипотрофия (n=103)

Нишондиҳанда	Гуруҳи назоратӣ (n=30)	I гуруҳ (гипотрофияи дараҷаи сабук) (n=20)	II гуруҳ (гипотрофияи дараҷаи миёнавазнӣ) (n=43)	III гуруҳ (гипотрофияи дараҷаи вазнин) (n=40)
СДГ	17,46±0,02	14,86±0,03 $p<0,001$	11,53±0,04 $p<0,001$	9,51±0,05 $p<0,001$
α - ГФДГ	12,78±0,02	10,68±0,03 $p<0,001$	8,52±0,04 $p<0,001$	6,84±0,03 $p<0,001$

Эзоҳ: p – қимати омории тафовутҳои нишондиҳандаҳо аз рӯи муқоиса бо гуруҳи назоратӣ

Тибқи чадвали 2, дар гуруҳи кӯдакони гирифтори гипотрофияи сабук дар муқоиса бо нишондиҳандаҳои мувофиқи гуруҳи назоратӣ каме паст шудани фаъолияти СДГ ва α - ГФДГ мушоҳида шудааст. Дар гуруҳи беморони гирифтори камғизоии миёна, коҳиши назарраси нишондиҳандаҳои ҳарду дегидрогеназаҳо дар муқоиса бо маълумоти шабех дар гуруҳҳои кӯдакони назоратӣ

вакамғизоии дараҷаи сабук мушоҳида карда шуданд.

Дар баробари ин, дар кӯдакони гирифтори норасоии шадиди ғизо, нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо нишондиҳандаҳои шабех дар кӯдакони солим ва беморони камғизоии сабук ($p<0,001$) коҳиши назарраси арзишҳои миёнаи СДГ ва α -ГФДГ-ро нишон доданд. Ҳангоми муқоисаи на-

тичае, ки оид ба нишондиҳандаҳои фаъолияти ферментҳои цикли Кребс СДГ ва б-ГФДГ дар лимфоситҳои хун ба даст оварда шудаанд, вобаста ба вазнинии гипотрофия дар нишондиҳандаҳои фаъолияти ферментативии харду дегидрогеназа фарқияти назаррас ошкор карда шуд.

Хулоса, инхирофҳои ошкоршуда аз ҷониби мубодилаи сафедаҳо дар кӯдакони

гирифтори камғизоӣ аз рушди гипопроteinемия, гипоалбуминемия ва дисгаммаглобулинемия шаҳодат медиҳанд. Паст шудани сатҳи дегидрогеназаҳои сикли Кребс (СДГ ва б-ГФДГ) аз коҳиши мубодилаи ҳуҷайраҳо дар кӯдакони камғизоӣ шаҳодат медиҳад, ки ба инкишофи ҳолати норасоии масуният дар ин категорияи кӯдакон мусоидат мекунад.

Адабиёт

1. Горбачева И.В. Метаболические предпосылки нарушений нутритивного статуса у детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук / И.В. Горбачева. – Самара, 2021. – 22 с.
2. Куртасова Л.М. Активность НАД (Ф) – зависимых дегидрогеназ в лимфоцитах периферической крови у детей раннего возраста с гипертрофией глоточной миндалины / Л.М. Куртасова, А.Р. Шмидт, Т.В. Лубнина // Медицинская иммунология. – 2014. – Т.16, №2. – С. 381-384.
3. Недостаточность питания в практике педиатра: дифференциальная диагностика и возможности нутритивной поддержки / И.Н. Захарова, Ю.А. Дмитриева, Н.Г. Сугян [и др.] // Медицинский совет. – 2019. – №2. – С.200-208.
4. Национальное руководство по лечению больных с гипотрофией средней тяжести и с тяжелым течением. – Душанбе. 2020. – 108 с.
5. Особенности белкового обмена у детей раннего возраста в зависимости от вида вскармливания / Мадреймова Ж.К. [и др.] // Международный научный журнал «Символ науки». – 2015. – №6. – С. 313-314.

ОСОБЕННОСТИ БЕЛКОВОГО СОСТАВА КРОВИ И ФЕРМЕНТНОГО СТАТУСА ЛИМФОЦИТОВ У ДЕТЕЙ С ГИПОТРОФИЕЙ

Исмоилов К. И., Расулова С.А., Ризоева М.Н.

Кафедра детских болезней №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

Цель. Изучить показатели белкового состава и активность ферментов цикла Кребса (СДГ и б-ГФДГ) в крови у детей, страдающих гипотрофией.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 103 ребёнка с гипотрофией, госпитализированных в ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». В зависимости от дефицита массы тела больные разделены на 3 группы (гипотрофия I, II и III степени), возраст обследованных детей варьировал от 2 месяцев до 2 лет. В группу сравнения вошли 30 условно здоровых детей, сходные по возрасту с основной группой. Наряду с общеклиническими методами обследования изучен белковый состав крови с определением фракций. Для оценки функционального состояния лимфоцитов проводился ци-

тохимический анализ активности ферментов-маркеров метаболических путей цикла Кребса: СДГ (сукцинатдегидрогеназы) и б-ГФДГ (б-глицерофосфатдегидрогеназы). Достоверность полученных данных оценивали с помощью параметрических (t-критерий Стьюдента) и непараметрических (U-критерий Вилкоксона-Манна-Уитни) критериев. Различия считались достоверными при $p_1 > 0,05$.

Результаты исследования. Содержание белков и белковых фракций крови показали (таблица 1), что у больных первой группы средний уровень общего белка, коэффициента соотношения альбуминов в принципе не отличались от соответствующих показателей здоровых детей, но для них характерна тенденция к снижению. Общее коли-



чество б, в, г глобулинов практически не отличалось от таких же показателей в группе здоровых детей. В то же время у детей второй и третьей групп наблюдалось место достоверное понижение общего содержания белка крови, что свидетельствует о катаболической направленности белкового обмена. Коэффициент соотношения альбуминов к глобулинам был нарушен. Диспротеинемия проявлялась за счёт понижения уровня их мелкодисперсной фракции и г-глобулинов ($p < 0,05$), что говорит об угнетении гуморального звена специфического иммунитета и подтверждается большей частотой присоединения интеркуррентных заболеваний у данной категории детей.

Средний уровень общего белка достоверно был снижен по сравнению с аналогичными показателями контрольной группы. Средний показатель альбуминово-глобулинового коэффициента существенно был снижен как за счёт альбуминовой, так и глобулиновой фракций. Уровень г-глобулинов была достаточно ниже по сравнению с контрольной группой, что свидетельствует о подавлении гуморального звена иммунитета.

В группе детей с гипотрофией легкой степени тяжести обнаружено некоторое снижение активности СДГ и б-ГФДГ по сравнению с соответствующими показате-

лями контрольной группы. В группе больных с гипотрофией средней степени тяжести обнаружилось значимое снижение показателей обеих дегидрогеназ по сравнению с аналогичными данными групп детей из контрольной и легкой степени гипотрофии. В то же время у детей с гипотрофией тяжелой степени показатели обнаружена явное снижение средних значений СДГ и б-ГФДГ по сравнению с подобными показателями здоровых детей и больных с легкой степенью гипотрофии ($p < 0,001$). При сравнении полученных результатов показателей активности ферментов цикла Кребса СДГ и б-ГФДГ в лимфоцитах крови в зависимости от степени выраженности гипотрофии выявлено значимое отличие в показателях ферментативной активности обеих дегидрогеназ.

Выводы. Итак, выявленные отклонения со стороны белкового обмена у детей страдающих гипотрофией указывают на развитие гипопроотеинемии, гипоальбуминемии и дисгаммаглобулинемии. Снижение уровня дегидрогеназ цикла Кребса (СДГ и б-ГФДГ) указывают на снижение клеточного метаболизма у детей при гипотрофии, что способствует развитию иммунодефицитного состояния данной категории детей.

Ключевые слова. гипотрофия, цикл Кребса, сукцинатдегидрогеназа, б-глицерофосфатдегидрогеназа, глобулины.

FEATURES OF THE PROTEIN COMPOSITION OF THE BLOOD AND THE ENZYMATIC STATUS OF LYMPHOCYTES IN CHILDREN WITH MALNUTRITION

Ismoilov K.I., Rasulova S.A., Rizoeva M.N.

Department of Children's Diseases №2 SEI "Avicenna Tajik State Medical University"

Target. To study indicators of protein composition and activity of Krebs cycle enzymes (SDH and б-GPDH) in the blood of children suffering from malnutrition.

Material and research methods. Under observation were 103 children with malnutrition, hospitalized in the State Institution NMC RT "Shifobakhsh". Depending on the lack of body weight, the patients were divided into 3 groups (hypotrophy I, II and III degree), the age of the examined children varied from 2 months to 2 years. The

comparison group included 30 apparently healthy children, similar in age to the main group. Along with general clinical methods of examination, the protein composition of the blood was studied with the determination of fractions. To assess the functional state of lymphocytes, a cytochemical analysis of the activity of enzymes-markers of the metabolic pathways of the Krebs cycle was carried out: SDH (succinate dehydrogenase) and б-GPHD (б-glycerophosphate dehydrogenase). The reliability of the data obtained was assessed

using parametric (Student's t-test) and non-parametric (Wilcoxon-Mann-Whitney U-test) criteria. Differences were considered significant at $p > 0.05$.

Research results.

The content of proteins and protein fractions of blood showed (Table 1) that in patients of the first group, the average level of total protein, albumin ratio, in principle, did not differ from the corresponding indicators of healthy children, but they tend to decrease. The total number of α , β , γ globulins practically did not differ from the same indicators in the group of healthy children. At the same time, in children of the second and third groups, a significant decrease in the total content of blood protein was observed, which indicates a catabolic orientation of protein metabolism. The ratio of albumin to globulins was violated. Dysproteinemia was manifested due to a decrease in the level of their fine fraction and γ - globulins ($p < 0.05$), which indicates the inhibition of the humoral link of specific immunity and is confirmed by a higher frequency of intercurrent diseases in this category of children.

The average level of total protein was significantly reduced in comparison with similar indicators of the control group. The average albumin-globulin ratio was significantly reduced due to both albumin and globulin fractions. The level of γ -globulins was quite lower compared to the control group, which indicates the suppression of the humoral immunity. Dysproteinemia was manifested due to a decrease in the level of their fine fraction and γ - globulins ($p < 0.05$), which indicates the inhibition of the humoral link of specific immunity and is confirmed by a higher frequency of intercurrent diseases in this category of children. The average level of total protein was significantly reduced in comparison

with similar indicators of the control group. The average albumin-globulin ratio was significantly reduced due to both albumin and globulin fractions. The level of γ -globulins was quite lower compared to the control group, which indicates the suppression of the humoral immunity. In the group of children with mild malnutrition, a slight decrease in the activity of SDH and δ -GPDH was found compared to the corresponding indicators of the control group. In the group of patients with moderate malnutrition, a significant decrease in the indices of both dehydrogenases was found compared with similar data in groups of children from control and mild malnutrition. At the same time, in children with severe malnutrition, the indicators showed a clear decrease in the average values of SDH and δ -GPDH compared with similar indicators in healthy children and patients with mild malnutrition ($p < 0.001$). When comparing the obtained results of activity indicators of the Krebs cycle enzymes of SDH and δ -GPDH in blood lymphocytes, depending on the severity of malnutrition, a significant difference was revealed in the indicators of the enzymatic activity of both dehydrogenases.

Conclusions. So, the revealed deviations from the side of protein metabolism in children suffering from malnutrition indicate the development of hypoproteinemia, hypoalbuminemia and dysgammaglobulinemia. A decrease in the level of Krebs cycle dehydrogenases (SDH and δ -GPDH) indicates a decrease in cellular metabolism in children with malnutrition, which contributes to the development of an immunodeficiency state in this category of children.

Keywords. malnutrition, Krebs cycle, succinate dehydrogenase, δ -glycerophosphate dehydrogenase, globulins.

Исмоилов Комилҷон Исроилович- д.и.т., профессори кафедраи бемориҳои кӯдакон №2, МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», E-mail: IsmoilovK@mail.ru. тел. 985127845

Расулова Ситорабону Ашурбековна - н.и.т., ассистенти кафедраи бемориҳои кӯдакон №2, МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», E-mail: rasulova_sitora@inbox.ru. тел: 918292462



Ризоева М.Н. – духтур-ординатори ММТ ЦТ “Шифобахш”, mavzuna.rizoeva87@gmail.com, +992989142002.

Исмоилов Комилджон Исроилович - д.м.н., профессор кафедры детских болезней №2 ТГМУим. АбуалиибниСино. E-mail: IsmoilovK@mail.ru. тел. 985127845

Расулова Ситорабону Ашурбеговна - к.м.н., ассистент кафедры детских болезней №2 ТГМУим. АбуалиибниСино. E-mail: rasulova_sitora@inbox.ru. тел: 918292462

Ризоева М.Н. - врач-ординатор НЦЗ РТ «Шифобахш», mavzuna.rizoeva87@gmail.com, +992989142002.

Ismoilov Komiljon Isroilovich - doctor of Medical Sciences, professor of the Department of Children's Diseases №2 named after Abuali ibn Sino. E-mail: IsmoilovK@mail.ru. tel. 985127845

Rasulova Sitorabonu Ashurbegovna - candidate of Medical Sciences, assistant of the Department of Children's Diseases №2, named after Abuali ibn Sino. E-mail: rasulova_sitora@inbox.ru. tel: 918292462.

Rizoeva M.N. - resident doctor of National Medical Center “Shifobakhsh”, mavzuna.rizoeva87@gmail.com, +992989142002.

БЕМОРИҲОИ СИРОЯТӢ

ХУСУСИЯТҲОИ КЛИНИКА ВА ҶАРАӢНИ АМЕБИАЗИ РӢДА ДАР ШАРОИТҲОИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

Қиматов Р.С.

Кафедраи бемориҳои сироятии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», Душанбе,
Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Мубрамият. Маъмулан Ҷумҳурии Тоҷикистон вобаста ба иқлими гарм аз рӯи бемориҳои сироятии рӯда, аз ҷумла, амёбиязи рӯда ба минтақаи гиперэндемикӣ тааллуқ дорад. Аз рӯи оморҳои Госсанэпиднадзори ҷумҳурӣ давоми солҳои охир тамоюл ба афзоиши теъдоди беморони амёбиязи рӯда ба мушоҳида мерасад, ки ин натиҷаи ба қадри кофӣ безарар накардани оби нӯшокӣ, ва ё паст будан ё риоя нагаштани шароитҳои санитарӣ—гигиенӣ, сатҳи баланди муҳоҷирати аҳоли аз деҳот ба шаҳр мебошад. Ҷамасола теъдоди гирифтборони беморони амёбиязи рӯда дар ҳаҷон 50 миллион нафарро ташкил медиҳад.

Сирояти узвҳои меъдаву рӯда сабаби асосии беморшавӣ ва марг дар тамоми ҳаҷон гашта, ин дар навбати худ хароҷотҳои зиёдро дар низоми нигоҳдории тандурустӣ тақозо менамояд. Дар ин ҳол, ғавт аз бемориҳои диареявӣ давоми ду даҳсолаи охир нисбатан доимӣ боқӣ мемонад. Инчунин, ҳавфи эҳтимолияти аз нав зиёдшавии микдори ҳодисаҳои ғавт аз диарея вобаста ба афзоиши тамоюли ба шаҳр рӯ овардани аҳоли ва тағйирёбии иқлим, зиёдшавии теъдоди бемороне, ки ивазкунии (трансплантатсия) узвро гузаронидаанд ва инчунин вобаста ба афзоиши теъдоди беморони бо диғар ҳолатҳои норасоии масуният то ҳол вучуд дорад. [1-15].

Мубориза бо бемориҳои диареявӣ ва тифи шикам чун пештара дар аксар мамлакатҳои олам масъалаи муҳими ҷамъиятӣ боқӣ мемонад. Аз рӯи маълумотҳои Созмони умумиҷаҳонии тандурустӣ (СУТ) ҳамасола дар тамоми ҳаҷон қариб ду миллиард ҳодисаҳои бемориҳои диареявӣ ба қайд гирифта мешавад ва ҳар сол аз диарея 1,9 миллион нафар асосан дар кишварҳои рӯ ба тараққӣ меғавтанд¹. Бемориҳои диареявӣ

аз рӯи моҳияташон ҳамчун сабаби ғавти кӯдакони то панҷсола дар ҷойи дуҷум қарор дошта, ҳамасола онҳои сабаби марги 525 000 нафар кӯдакон меғарданд. [16-19].

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши хусусиятҳои ҷараёни клиникӣ амёбиязи рӯда дар шароитҳои имрӯзаи Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Мағвод ва усулҳои тадқиқот. Таҳти муоина 53 нафар беморони амёбиязи рӯдаи синнусолашон аз 21 то 60 сола қарор гирифтанд. Таҳхиси амёбиязи рӯда ба ҳамаи беморон дар асоси нишондодҳои клиникӣ—эпидемиологӣ гузошта шуда, бо усули паразитологии тадқиқот—пайдокунонии шаклҳои вегетативии *Entamoeba histolytica* дар андудаи тағйирнаёфтаи наҷосат гузошта шуд.

Натиҷаҳо ва муҳокимаи онҳо. Аз 53 нафар бемороне, ки мо ба тадқиқот ҷалб намудем, дар 11(22%) ҳолатҳо ҷараёни сабук, дар 27(54%)—миёнаи вазнин ва дар 12(24%) сҳолатҳо ҷараёни вазнин ба қайд гирифта шуд. Аз теъдоди умумии беморони муоинашуда дар 36% ҳолатҳо беморӣ бо вараҷаи бо заҳролудшавии муътадили аломатҳояш возеҳ ибтидо меёбад. Дар 64 % беморон он муътадил буд. Дар ҳамаи ҳолатҳо беморӣ аз дарди саҳти шикампеҷак дар атрофи кавора оғоз меёбад. Ба аломатҳои иллатёбии узвҳои меъдаву рӯда даҳл намуда, мо вайроншавии иштиҳоро дар 42 (79,2%) беморон, хушкшавии забонро дар 28 (52,8%), дилбеҳузуриро дар 33 (63,2%), қайқуниро дар 11 (20,7%), метеоризмро дар 37 (69,8%) беморон ба қайд гирифтём (ниғ. ба ҷадвал). Ҳангоми амёбиязи рӯда шикамравӣ яке аз аломатҳои асосии беморӣ маҳсуб меёбад, ки дар оғози он вобаста ба шаклҳои клиникӣ ҳолати пайдоиши хоҳиши наҷосат қардан аз 3-5 то 8-14 маротиба дар як шабонарӯз ба қайд гирифта шуд.

Тадқиқоти мо нишон дод, ки дар ибти-



дои беморӣ дар 21 (39,6%) наҷосати муоинашуда ба шӯлаи омехта бо луоб, ки ба чашм намоёни буда, бӯи тези наҷосат дорад, ба назар мерасад. Дар 19 (35,8%) ҳолат бошад беморӣ якбора бо исҳоли хунин оғоз ёфт. Дар 44 (83,0%) маврид мавҷудияти хун дар наҷосат ба таври макроскопӣ, дар дигар ҳолатҳо ба таври микроскопӣ муайян карда шудааст. Мавҷудияти омехтаи холиси чирк дар наҷосат танҳо дар 12 (22,6%) беморон мушоҳида шудааст.

Хусусияти ихроҷи рӯдаҳо дар шакли «желеи тамашкӣ»-ро, ки барои амебиаз хос аст,

мо дар 28 (52,8%) беморон мушоҳида кардем. Дар беморони гирифтори амебиази шадиди рӯда кашишхӯрии тоникии мушакҳои рӯдаи рост (тенезм) бо дарди шикам ва хоҳиши зуд-зуд наҷосат кардан дар 27 (50,9%) ҳолат мушоҳида карда шуд, ки ин бо вайрон кардани иннервацияи дастгоҳи мушакҳои рӯда ва эҳтимолан захми рӯдаи ғафс алоқаманд аст.

Таҳлили муқоисавии басомади аломатҳои амебиази шадиди рӯда аз рӯи маълумотҳои Ш.Қ.Матинов (2010) ва натиҷаҳои таҳқиқоти мо дар ҷадвали № 1 оварда шудааст.

Ҷадвали 1.- Таҳлили муқоисавии басомади нишонаҳои амебиази шадиди рӯда аз рӯи маълумотҳои Матинов Ш.Қ. (2010) ва нишондодҳои таҳқиқоти анҷомдодаи мо ($P \pm mp$; %)(Footnotes)

Аломатҳо	Аз рӯи нишондодҳои таҳқиқоти мо n=50	Аз рӯи маълумотҳои Матинов Ш. Қ. n=104	P
1.Варача	36(72%) $\pm$ 4,7	27(25,9 $\pm$ 4,3)	<0,001
2.Сардари	12(24%) $\pm$ 2,9	23(22,1 $\pm$ 4,1)	>0,05
3. Набудани иштиҳо	32(64%) $\pm$ 4,6	97(93,2 $\pm$ 2,5)	<0,001
4. Дилбеҳузуршавӣ	20(40) $\pm$ 3,9	33(31,7 $\pm$ 4,6)	<0,001
5. Қайкунӣ	12(24%) $\pm$ 3,1	11(10,6 $\pm$ 3,0)	<0,01
6. Тенезмаҳо	4(8%) $\pm$ 2,4	27(25,9 $\pm$ 4,3)	>0,05
7. Наҷосат дар шакли «желеи тамашкӣ»	35(70%) $\pm$ 4,8	66(63,5 $\pm$ 4,7)	<0,001
8. Қойгиршавии дард:	29(58%) $\pm$ 5,1	38(36,5 $\pm$ 4,7)	<0,001
а) ба дорозии рӯдаи ғафс	6(12%) $\pm$ 1,9	12(11,5 $\pm$ 3,1)	>0,05
б) дар қисмати рӯдаи сигмоидӣ	8(16%) $\pm$ 2,9	18(17,3 $\pm$ 3,7)	>0,05
в) дар қисмати кӯррӯда ва рӯдаи сигмоидӣ	7(14%) $\pm$ 1,9	36(34,6 $\pm$ 4,7)	<0,05
9. Вазнинии беморӣ:			
- сабук	11(22%) $\pm$ 3,0	21 (20,1 $\pm$ 3,9)	<0,001
- миёна	27(54%) $\pm$ 4,7	68(65,3 $\pm$ 4,7)	<0,001
- вазнин	12(24%) $\pm$ 3,7	15(14,4 $\pm$ 3,4)	>0,05

Дар зер намунаи клиникии мушоҳидаҳои худӣ мо оварда шудааст.

Бемор Х.С.-и 15-сола, хонандаи мактаби мусиқӣ, 12.07.2013 ба беморхонаи шаҳрии клиникии бемориҳои сироятии шаҳри Душанбе дар рӯзи 1-уми беморӣ бо шикаҷи заифии умумӣ, баландшавии ҳарорати бадан то 38,6 С дилбеҳузурӣ, қайкунӣ, дарди саҳт дар қисмати кавораи рост, наҷосати бо луоб ва хун омехта.бистарӣ шудааст. Ба гуфтаи бемор, беморӣ шадидан оғоз шуда, заифии умумӣ афзоиш ёфт ва баъдан дарди шикам ва наҷосати тез-тез бо луоб ва хун пайдо мешавад. Ба ёрии тиббӣ мурочиат накарда, дар хона муолиҷа кардааст, аҳволаш бадтар шуда, баъди пайдоиши тенезм маҷбур мешавад, ки ба духтур мурочиат кунад. Ҳангоми муоинаи воқеӣ - ҳолати ваз-

нинии миёна. Пӯстаи рангпариди, забонаш тар, тоза, дар шуш нафаскашии везикулярӣ шунида мешавад. Садои дил - ритмӣ, якхела, ФА-100/60 мм. Сут. сим., набз 80 зарба/дақиқа, ритмӣ. Шикам ҳангоми палмосидан нарм, дар проексияи қисмати кавораи рост дардовар аст. Рӯдаи сигмоидӣ спазмагӣ буда, дар шакли ресмон ҳис шуда, дардовар аст. Аломатҳои таҳрики шикам вучуд надоранд. Аломати Пастернацкий аз ҳар ду тараф манфӣ аст : Нб.- 98,0 г /л., эр.- 3.6x 1012/л., пӯсти ранга. - 0,8, лейкоцитҳо - 11.2x109/л. СОЭ-16 мм\соат. Копроситограмма: макроскопӣ - массаи луобу хундор, аз ҷиҳати микроскопӣ лейкоцитҳо ва эритроцитҳо тамоми майдони назарро фаро мегиранд, соддатаринҳо - (Entamoeba histolytica) дар шакли вегетативӣ пайдо шудаанд. Барои гурӯҳи

исҳоли хунин ду маротиба таҳлил манфӣ баромад. Бемор бо маҷмӯи метринидазол-пектин табобат карда шуд. Баъди муолича начосат дар рузи 4-ум ба ҳолати муътадил баргашт. Бемор дар ҳолати қаноатбахш таҳти назорати духтури участкавии маркази саломатии маҳалли истиқомат аз беморхона бароварда шуд.

Ҳамин тарик, таҳқиқоти мо дар айни замон баъзе тағйиротро дар ҷараёни клиникӣ амебиази рӯда бо бартарии назарраси шаклҳои муътадили беморӣ нишон медиҳанд, ки бо мушоҳидаи бештари аломатҳо ба монанди дилбеҳузурӣ, қайқунӣ ва табларзаи желеи тамашкӣ тавсиф мешавад, дар ҳоле ки вараҷа ниҳоят кам рух медиҳад.

Адабиёт

1. Амебиаз и борьба с ним // Бюллетень ВОЗ. – 1985, № 3. – С. 1-9.
2. Авакян А.А. Характеристика возбудителя, этиология и клиника амебиаза / А.А. Авакян / ЖМЭИ. – 1955. – № 10. – С. 56-61.
3. Агаев Б.А. Клинико-рентгенологическая диагностика периколитов как осложнение амебной и бациллярной дизентерии / Б.А. Агаев, Е.С. Комлева // Тр. Азерб. гос. медин-та. – Баку, 1971. – Т. 33. – С. 15-20.
4. Аскарлов А.А. К патогенезу амебной дизентерии / А.А. Аскарлов // Мед. журн. Узбекистана. – 1961. – Т. 8. – С. 23-30.
5. Бабаева О.Г. Амебной абсцесс печени / О.Г. Бабаева. – М.: Мед., 1972. – 37 с.
6. Беляков В.Д. Классификация форм проявления эпидемического процесса и обоснование системы профилактических мероприятий при кишечных инфекциях / В.Д. Беляков // Вестн. АМН СССР. – 1977. – № 2. – С. 57-65.
7. Березьев Ю.Е. Колоноскопия в диагностике заболеваний толстой кишки / Ю.Е. Березьев, В.Н. Сотников, Ю.М. Конилов // Вестн. АМН СССР. – 1972. – № 2. – С. 65-69.
8. Блюгер А.Ф. Биопсия тонкой кишки при острых кишечных инфекциях. / А.Ф. Блюгер [и др.]. – Рига: Зинатне, 1973. – 172 с.
9. Потиевский Э.Г. Применение пектина в комплексной терапии острых кишечных инфекций у детей раннего возраста / Э.Г. Потиевский [и др.] // -Детские инфекции.- 2012. -№4. -С.37-42.
10. Рахмонов Э.Р., Мухидинов З.К., Киматов Р.С., Гулямова Н.М., Джонмуродов А.С., Хабибов Х.Х.. Лечение амёбиаза кишечника с применением метронидазол-пектинового комплекса. Здравоохранение Таджикистана, -2015. -№1. -С. 54-58.
11. Рахманов Э.Р., Мухидинов З.К., Киматов Р.С. и др., Новый подход к лечению острой дизентерии с применением антибиотик пектинового комплекса. Вестник Авиценны. -2013.- №4. -С.82–84.
12. Хашимов Д. М. Клинические проявления амебных поражений печени / Д.М. Хашимов // Здравоохранение Таджикистана. – 1965. – № 1. – С. 15-18.
13. Хашимов Д.М. Кишечный амебиаз в Таджикистане / Д.М. Хашимов. – Душанбе. – 1970. – С. 267.
14. Хашимов Д.М. Патологоанатомическое поражение толстого кишечника при сочетанных формах амебно-бактериальной дизентерии / Д.М. Хашимов, А.С. Гиллер // Тр. Таджик. мед. ин-та. – Душанбе, 1962. – Т. 54. – С. 103-107.
15. Хотамова С.Р. Клинические особенности амебно-бактериальной дизентерии у детей / С.Р. Хотамова, Л.П. Гурачевская, М.А. Касимова // Мат. 56-й годич. науч.-практ. конф. ТГМУ. – Душанбе, 2008. – С. 239.
16. Чебышев Н. В. Инфекционные и паразитарные болезни / Н.В. Чебышев, С.Г. Пак. – М., 2008. – С. 234-248.
17. Шамов Ю.А. Ректороманоскопические данные при амебиазе кишечника / Ю.А. Шамов // Клин. медицина. – 1969. – № 12. – С. 103-107.



18. Sargeaunt P.G. The Reliability of *Entamoeba histolytica* Zymodemes in Clinical Diagnosis / P.G. Sargeaunt // *Parasitol. Today*. – 1987. – № 3. – P. 40-43.
19. Shamsuzzama S.M. Socioeconomic Status, Clinical Features, Laboratory and Parasitological Findings of Hepatic Amebiasis Patients – a Hospital based Prospective Study in Bangladesh, Southeast Asian / S.M. Shamsuzzama [et al.] // *J. Trop. Med. Public Health*. – 2000. – № 31. – P. 399-404.
20. Walsh J.A. Problems in Recognition and Diagnosis of Amebiasis: Estimation of the Global Magnitude of Morbidity and Mortality / J.A. Walsh // *Rev. Infect. Dis*. – 1986. – № 8. – P. 228-238.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ТЕЧЕНИЕ КИШЕЧНОГО АМЕБИАЗА В УСЛОВИЯХ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Киматов Р.С.

Кафедра инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», г. Душанбе.

Республика Таджикистан традиционно относится к гиперэндемичной зоне по острым кишечным инфекциям (ОКИ), и в том числе, по амебиазу кишечника. По данным статистики Госсанэпиднадзора республики за последние годы отмечается тенденция к увеличению количества больных амебиазом кишечника, что является, в основном, результатом недостаточного обеззараживания питьевой воды, низкими санитарно-гигиеническими условиями, высоким уровнем миграции населения из сельской местности в город. Ежегодно количество заболевших кишечным амебиазом в мире составляет около 50 млн. человек. По данным ВОЗ летальность достигает 100 тыс. случаев, т.е. 0,2% от выявленных больных, что ставит его по уровню смертности среди паразитар-

ных заболеваний на второе место после малярии.

Лекарственные препараты нового поколения принято называть терапевтическими системами, которые частично или полностью отвечают вышеуказанным требованиям, а они в свою очередь базируются на инкапсулировании фармакологически активного вещества традиционных препаратов в системы доставки лекарств (СДЛ).

Цель работы: Основной целью работы является изучение эффективности СДЛ на основе пектина и белков в комплексном лечении больных острым амебиазом с учетом патоморфологических изменений со стороны толстого кишечника.

Ключевые слова: амебиаз, кишечная инфекция, фармакологические вещества, эффективности, система доставки лекарства.

CLINICAL CHARACTERISTICS AND COURSE OF INTESTINAL AMOEBIASIS IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

Kimatov R. S.

Department of Infectious Diseases of the SEI "TSMU named after Abuali Ibni Sino", Dushanbe.

The Republic of Tajikistan traditionally belongs to the hyperendemic zone for acute intestinal infections (ACI), including intestinal amoebiasis. According to the statistics of the State Sanitary and Epidemiological Supervision of the republic, in recent years there has been a tendency to increase the number of patients with intestinal amoebiasis, which is mainly the result of insufficient disinfection of drinking water,

low sanitary and hygienic conditions, and a high level of migration of the population from rural areas to the city. Every year, the number of cases of intestinal amoebiasis in the world is about 50 million people. According to WHO data, the mortality rate reaches 100 thousand cases, i.e. 0.2% of the identified patients, which puts it in the second place in terms of mortality among parasitic diseases after malaria.



New-generation drugs are commonly referred to as therapeutic systems that partially or completely meet the above requirements, and they, in turn, are based on the encapsulation of the pharmacologically active substance of traditional drugs in drug delivery systems (DDL).

Objective: The main objective of the study is

to study the effectiveness of pectin-and protein-based DDL in the complex treatment of patients with acute amoebiasis, taking into account pathomorphological changes in the large intestine.

Key words: Amoebiasis, intestinal infection, pharmacological substances, efficacy, drug delivery system.

Қиматов Р.С.- унвонҷӯи кафедраи бемориҳои сироятии МДТ «ДДТТ ба номи Абу-али ибни Сино», ш. Душанбе, тел. 937 77 07 32.

Киматов Р.С. – соискатель кафедры инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ имени Абу-али ибни Сино», г. Душанбе, тел. 937 77 07 32.

Kimatov R. S.- Competitor of the Department of Infectious Diseases of the State Educational Institution “Abuali Ibeni Sino TSMU”, Dushanbe. Тел. 937 77 07 32.



БЕҲДОШТ

МЕХАНИЗМҲОИ ҲУҚУҚИИ НАЗОРАТИ МУОМИЛОТИ МОДДАҲОИ МАХСУС НАЗОРАТШАВАНДА ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

Мингбоев М.Л.

Кафедраи нигоҳдории тандурустии ҷамъиятӣ ва омори тиббӣ бо курси таърихи тиб,
МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино”

Муомилоти ғайриқонунии воситаҳои нашъадор, моддаҳои психотропӣ ва прекурсорҳо (моддаҳои махсус назоратшаванда – ММНШ) ба саломатии аҳоли, ҷамъият ва амнияти давлат таҳдиди ҷиддиро ба вучуд оварда, истеъмоли ғайритиббии онҳо боиси паҳншавии бемориҳои хавфнок? ба монанди гепатит, ВНМО/БПНМ мегардад [1,7]. Илова бар ин, муомилоти ғайриқонунии ММНШ ба афзоиши ҷиноятҳои муташаккил, маблағгузории экстремизм ва терроризм мусоидат менамояд. Ин хатар аз солҳои аввали соҳибистиклолии давлати мо мавриди таваҷҷуҳи ҳосаи Президент ва Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон қарор гирифтааст. Дар ин бора Ҷумҳурии Тоҷикистон саъю кӯшишҳоро барои мубориза бо паҳншавии ғайриқонунии ММНШ, пурзӯр намудани мубориза бар зидди нашъамандӣ ва таъмини гардиши қонунии ММНШ, инчунин таҳкими ҷомеаи ҷаҳонӣ дар таъмини амнияти минтақавӣ ба харҷ дода истодааст [3].

Дар ин росто, як қатор қонунҳо, стратегияҳои ба барномаҳои давлатӣ аз ҷониби Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон қабул карда шуда, дар амал татбиқ гардида истодаанд. Ҳамзамон, аз рузҳои аввали соҳибистиклолии худ Ҷумҳурии Тоҷикистон ҳамагуна санадҳои меъёриву ҳуқуқӣ ва конвенсияҳои сатҳи байналмилалӣ, ки дар ин дар самт мавҷуданд, ҳамроҳ гардидааст.

Ба гуфтаҳо боло метавон қайд намуд, ки Тоҷикистон солҳои 1995-1996 ба як қатор Конвенсияҳои Созмони Милали Муттаҳид, аз қабili Конвенсияи ягонаи СММ дар бораи воситаҳои нашъадор соли 1961, Конвенсияи СММ дар бораи моддаҳои психотропӣ соли 1971, Конвенсияи дар бораи мубориза ба муқобили муомилоти ғайриқонунии воситаҳои нашъадор ва моддаҳои психотропӣ

соли 1988 ҳамроҳ гардид.

Ҳамин тарик, қадами аввал барои ташкил намудани заминаи меъёрии ҳуқуқӣ оид ба танзими муомилоти қонунии воситаҳои нашъадор ва моддаҳои психотропӣ дар ҷумҳурӣ гузошта шуд.

Пас аз қабули Конвенсияҳои СММ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон Қонун «Дар бораи воситаҳои нашъадор, моддаҳои психотропӣ ва прекурсорҳо» аз 10.12.1999 № 873 қабул гардид [6].

Мақсади Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон «Дар бораи воситаҳои нашъадор, моддаҳои психотропӣ ва прекурсорҳо» татбиқи сиёсати давлатӣ ва шартномаҳои байналмилалӣ Ҷумҳурии Тоҷикистон дар самти муомилоти қонунии воситаҳои нашъадор, моддаҳои психотропӣ ва прекурсорҳо, мубориза бар зидди гардиши ғайриқонунии онҳо, пешгирии нашъамандӣ, инчунин таъмини ёрии наркологӣ ба шахсони гирифтори нашъамандӣ мебошад.

Дар моддаи 2-юми қонуни мазкур мафҳумҳои «воситаҳои нашъадор», «моддаҳои психотропӣ», «прекурсорҳо», «муомилоти қонунӣ», «муомилоти ғайриқонунӣ», «тайёр кардан», «коркард», «истеҳсол», «тақсимкунӣ», «интиқол», «истеъмоли ғайриқонунӣ», «соҳиб шудан», «фиристандан», «нигоҳ доштан», «фурӯш» ва дигар мафҳумҳои муҳими ҳуқуқӣ, ки дар самти назорати муомилоти воситаҳои нашъадор истифода мешаванд, муфасссал шарҳ дода шудааст.

Қонун ба намудҳои асосии фаъолият дар самти муомилоти воситаҳои нашъадор манаполияи давлатӣ ва дар самти муомилоти моддаҳои психотропӣ ва прекурсорҳо назорати давлатиро муқаррар мекунад (моддаи 4-5), фаъолияти иҷозатномадиҳиро дар самти муомилоти воситаҳои нашъадор, мод-

дахои психотропӣ ва прекурсорҳо чорӣ менамояд (моддаи 8), шароити парвариши растаниҳои нашъадор, соҳиб шудан, истехсол, коркард ва тайер кардани воситаҳои нашъадор, моддаҳои психотропӣ ва прекурсорҳоеро, ки бо мақсадҳои тиббӣ ва илми истифода мешаванд, танзим менамояд. (моддаҳои 9-11), чораҳои мубориза бар зидди муомилоти ғайриқонунии онҳо (моддаи 13), аз ҷумла интиқоли назоратшаванда (моддаи 14), чораҳои пешгирии истеъмоли ғайриқонунии воситаҳои нашъадор ва моддаҳои психотропӣ, инчунин, муайян ва муолиҷа намудани нашъамандонро танзим менамояд (моддаҳои 15-18).

Ҳамзамон, қонуни мазкур тартиби тақсимои воситаҳои нашъадор ва моддаҳои психотропӣ аз тарафи Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон муқаррар карда мешавад, аммо мувофиқи моддаи 9 қонуни мазкур тақсимои воситаҳои нашъадор ва моддаҳои психотропӣ аз тарафи Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон ва Вазорати корҳои дохилии Ҷумҳурии Тоҷикистон бо мувофиқаи Агентии назорати маводи нашъаовари назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон муқаррар карда мешавад. Дар ин маврид зиддият байни моддаи 2 ва моддаи 9 Қонуни мазкур вучуд дорад.

Қисми хотимавии Қонун (моддаи 19) тартиби баҳисобгирӣ, нигоҳ доштан, мусодира ва нобуд кардани воситаҳои нашъадор, моддаҳои психотропӣ ва прекурсорҳо, инчунин асбобу таҷҳизоти дар истехсоли онҳо истифодашавандаро муқаррар менамояд.

Дар маҷмӯъ, муқаррароти қонун ва меъёрҳои он қомилан ба стандартҳои байналмилалӣ оид ба танзими муносибатҳо дар самти муомилоти воситаҳои нашъадор мувофиқат мекунанд.

Дар нимаи аввали соли 2000 аз тарафи раиси Кумитаи фармакопеии давлатии назди Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон Мингбоев Латиф Кароматович истифодаи истилоҳи «моддаҳои махсус назоратшаванда» ва ҳамзамон ташкил намудани воҳиди сохтории ҳамном ба он дар назди Вазорати тандурустӣ бо мақсадҳои зерин пешниҳод гардид:

1. гурӯҳбандии маводи доруворие, ки зерин назорати давлатӣ ва байналхалқӣ қарор доранд, ба категорияи алоҳидаи маҳсулоти фармасевтӣ, ки дорои шартҳои ҳосаи муомилот (воридот, содирот, истехсол, коркард, тайёр кардан, нигоҳдорӣ, нақлиёт, тақсимот, фурӯш, истифода, нобудсозӣ) ва зерин назорати махсус қарор дошта;

2. татбиқи истилоҳе, ки мақоми ҳосаи ҳуқуқӣ доштани воситаҳои нашъадор, моддаҳои психотропи, прекурсорҳои онҳо, маводи дорувории захрдор ва саҳттаъсирро таъкид менамояд;

3. ташаккули муносибатҳои хушёронаи кормандони соҳаи тиб ва фармасевтӣ ба ҷунин категорияи доруворӣ;

4. татбиқи тадбирҳои, ки ба таъмини муомилоти қонунии моддаҳои махсус назоратшаванда равона шудаанд.

Моҳи сентябри соли 2000 Шӯбаи моддаҳои махсус назоратшаванда дар назди Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон таъсис дода шуд. Самтҳои афзалиятноки фаолияти Шӯбаи моддаҳои махсусназоратшаванда назорат ва ҳамоҳанг сохтани фаъолияти муассисаҳои тиббию фармасевтӣ дар самти муомилоти қонунии воситаҳои нашъадор, моддаҳои психотропӣ ва прекурсорҳои дар тиб истифодашаванда, маводи дорувории захрдор ва саҳттаъсир мебошад, инчунин таҳияи санадҳои меъёрии ҳуқуқӣ, ки муомилоти қонунии ММНШ-ро таъмин менамояд.

Аз лаҳзаи қабули Фармони Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 12 апрели соли 1996 № 464 «Дар бораи чораҳои таъхирнопазири мубориза бо муомилоти ғайриқонунии маводи нашъадор» Тоҷикистон то имрӯз дар назорати воситаҳои нашъадор ҳамаҷониба ба натиҷаҳои назаррас ноил гардида истодааст [9,2].

Тавре маълум аст, муайян намудани таҷаббот ба моддаҳои махсус назоратшаванда дар кишвар яке аз тадбирҳои самарабахш дар мубориза бар зидди суистеъмоли онҳо мебошад. Ҳамзамон, таҳияи санадҳои меъёрии ҳуқуқӣ дар самти назорати муомилоти қонунии моддаҳои махсус назоратшаванда ба рушди соҳаи фармасевтӣ дар масъ-



алаи таъмини аҳолии кишвар бо моддаҳои махсус назоратшаванда мусоидат мекунад. Ҳамин тариқ, квотаи давлати ивситаҳои нашъадор бо Қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон таҳия гардидааст. Рӯйхати миллии воситаҳои нашъадор, моддаҳои психотропӣ ва прекурсорҳо бо Қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 27 феввали соли 2020, № 121 тасдиқ карда шудааст.

Сиёсати давлатӣ дар соҳаи танзим ва назорати муомилоти қонунии моддаҳои махсус назоратшаванда ба таъмини мувозинат байни ду параметри зерин нигаронида шудааст:

1. таъмини дастрасии моддаҳои махсус назоратшаванда бо мақсадҳои тиббӣ ва илмӣ;

2. назорати қатъии муомилоти қонунии моддаҳои махсус назоратшаванда [2].

Бо фармони Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 3 апрели соли 2004, № 1310 Шӯрои Ҳамоҳангсозӣ таъсис дода шудааст, ки мақомоти асосии ҳамоҳангсозии фаъолияти вазорату идораҳо ва ташкилотҳо, новобаста аз шакли моликиятшон дар соҳаи пешгирӣ аз суистеъмоли воситаҳои нашъадор ба шумор меравад. Роҳбарии Шӯрои Ҳамоҳангсозӣ ба зиммаи чонишини сарвазири мамлакат гузошта шудааст. Соли 2015 бо фармони Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 3 апрели соли 2004, № 1310 оид ба васеъ намудани ҳайати Шӯрои Ҳамоҳангсозӣ ва тақмили фаъолияти он иловаҳо ворид карда шуданд, ки тибқи он ба ҳайати Шӯрои Ҳамоҳангсозӣ аъзоёни нав дохил шуданд: Вазорати корҳои дохилӣ, Вазорати корҳои хориҷӣ, Кумитаи давлатии амнияти миллии ва Кумитаи оид ба корҳои дин, танзими анъана ва ҷашну маросимҳои миллии.

Инчунин, мақомотҳои корӣ барои расонидани кӯмаки машваратӣ ва амалӣ муайян карда шуданд: Муассисаи давлатии Маркази миллии мониторинг ва пешгирии нашъамандии Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон ва раёсати назорати маводи нашъаовар ва пешгирии нашъамандии Агентии назорати маводи нашъаовари назди Президенти

Ҷумҳурии Тоҷикистон ва сохторҳои минтақавии онҳо дар вилоятҳо, инчунин дар шаҳри Душанбе Шӯрои вилоятӣ, шаҳрӣ ва ноҳиявӣ оид ба ҳамоҳангсозии пешгирии нашъамандӣ амал мекунанд, ки мақсаду вазифаҳои Шӯро амалӣ мегардонанд ва дар фаъолияти худ ба Шӯро ҳисобот медиҳанд.

Вазифаҳои Шӯро аз инҳо иборатанд:

- муайян намудани самтҳои афзалиятноки пешгирии нашъамандӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон;

- ҳамоҳангсозии фаъолияти вазорату идораҳо, ташкилотҳои давлатӣ ва ғайриҳукуматӣ оид ба пешгирии нашъамандӣ;

- таҳлили фаъолияти вазорату идораҳо оид ба татбиқи Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон «Дар бораи воситаҳои нашъадор, моддаҳои психотропӣ ва прекурсорҳо»;

- таъмини татбиқи самараноки тадбирҳо оид ба пешгирии нашъамандӣ;

- татбиқи назорати мунтазам оид ба иҷроиш барномаҳои дахлдори ҷумҳуриявӣ, соҳавӣ ва дигар санадҳо дар соҳаи пешгирӣ ва мубориза бар зидди паҳншавии нашъамандӣ.

Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон фаъолияти таъминоти аҳоли бо маводи доруворӣ, аз ҷумла моддаҳои махсус назоратшавандаро дар сатҳи татбиқи амалӣ санадҳои меъёрию ҳуқуқии зерин танзим менамоянд: Қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон «Дар бораи тартиби хизматрасонии тиббию санитарӣ ба шаҳрвандони Ҷумҳурии Тоҷикистон дар муассисаҳои системаи давлатии тандурустӣ» аз 02 декабри соли 2008, № 600 ва Фармони яқояи Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон ва Вазорати корҳои дохилии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар мувофиқа бо Агентии назорати маводи нашъаовари назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон «Дар бораи пурзӯр намудани мубориза бар зидди нашъамандӣ ва таъмини муомилоти қонунии воситаҳои нашъадор» аз 25 июли соли 2001, 202/437 [10].

Кодекси тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон (боби 18) аз 15 марти соли 2017 № 1413 қабул шудааст, ки дар он муқаррароти асосии муомилот (таҳия, истеҳсол, тайёр кардан, нигоҳ доштан, воридот, содирот, тақсим кар-

дан, фурӯхтан, истифода, нобуд кардан ва ғ.) – и маводи доруворӣ, аз ҷумла моддаҳои махсус назоратшаванда дарҷ гардидааст.

Стратегияи миллӣ оид ба назорати маводи нашъаовар дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2021-2030 санади стратегияи банақшагирӣ мебошад, ки бо мақсади таъмини амнияти давлату ҷамъият ва солимии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон бо дар назардоштани таҷрибаи миллӣ ва байналмилалӣ таҳия шудааст. Дар стратегия фаъолияти мақомоти ҳокимияти давлатӣ, ҳифзи ҳуқуқ, вазорату идораҳои дахлдор ва ташкилотҳои ҷамъиятиро дар самти муқовимат бо муомилоти ғайриқонунии воситаҳои нашъадор, моддаҳои психотропӣ ва прекурсорҳои онҳо, ҳаммонанди (аналоги) воситаҳои нашъадор, назорати муомилоти қонунии онҳо, пешгирии нашъамандӣ ва табобату офиятбахшии беморони нашъаманд ҳамонханд сохта шудааст [8].

Ҳадафҳои асосии Стратегия ин таъмини амнияти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз таҳдидҳои маводи нашъаовар ва оқибатҳои зиёновари он, инчунин тақвияти муқовимат ба муомилоти ғайриқонунии маводи нашъаовар, ки яке аз сарчашмаҳои маблағгузори терроризми байналмилалӣ ба ҳисоб меравад, иборат мебошад.

Ҷумҳурии Тоҷикистон бо мақсади муттаҳид кардани талошҳо дар мубориза бар зидди муомилоти ғайриқонунии воситаҳои нашъадор ва баланд бардоштани самаранокӣ он ҳамкориҳои фарогирро бо давлатҳо ва созмонҳои манфиатдор пайваста инкишоф ва таҳким медиҳад. Тоҷикистон бо на-

зардошти аҳамияти ҳамкорӣ дар ин мубориза ба татбиқи ташаббусҳои, ки ба густариши заминаи ҳуқуқӣ ва таҳкими роҳҳои мавҷудаи байни давлатӣ нигаронида шудаанд, фаъолона мусоидат мекунад. Сиёсати давлати дар самти назорати воситаҳои нашъадор ҳангоми татбиқи қонунгузорӣ бояд мувозинати тадбирҳои, ки ба пешгирӣ ва рафъи ғайриқонунии пешниҳод ва кам кардани талабот ба онҳо нигаронида шудаанд, таъмин намояд ва дар асоси нуктаҳои зерин сохта шавад:

- тақмил додани тартиби танзими муомилоти қонунии моддаҳои махсус назоратшаванда;
- мубориза бар зидди муомилоти ғайриқонунии онҳо;
- пешгирии истеъмоли ғайриқонунии онҳо;
- табобат ва офиятбахшии иҷтимоии нашъамандон.

Вазифаҳои аввалиндараҷа дар солҳои наздик ин тақмил ва таъмини ҳуқуқи фаъолият дар мубориза бар зидди муомилоти ғайриқонунии воситаҳои нашъадор, ташкили системаи байниидоравии ҷамъоварӣ ва таҳлили ахборот, васеъ ҷорӣ намудани усулҳои объективии муайян кардани моддаҳои махсус назоратшаванда, тақмил додани равишҳои тиббию ҳуқуқӣ барои ошкор кардани саривактии истеъмолкунандагони ғайриқонунии онҳо, инчунин муайян намудани гурӯҳҳои аҳоли, ки зери хатари истеъмоли ғайриқонунии воситаҳои нашъадор қарор доранд ва гузаронидани корҳои пешгирикунандаи амиқ дар байни аҳоли мебошад.

Адабиёт

1. Анохина, И.П. Основные биологические механизмы алкогольной и наркотической зависимости / И.П. Анохина // Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. - М.: Медпрактика, 2017. - Т. 1. - С. 33-41
2. Вазъиятимавадимуҳаддирдарсоли 2018 // Гузоришмиллӣ оид ба вазъиятимавадимуҳаддирдар Ҷумҳурии Тоҷикистон дарсоли 2018. 2018 - 53с.
3. Камаев И.А. Телемедицина: клинические, организационные, правовые, технологические, экономические аспекты: учеб.-методическое пособие / И.А. Камаев [и др.]. - Н.Новгород: НГМД, 2014. - 97 с
4. Конвенция Организации Объединенных Наций о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ” 58 (заключена в г. Вене 20.12.1988 г.) [Электронный ресурс]. Доступ из справочноправовой системы «Консультант плюс»
5. Қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон “Дар бораи рӯйхати миллии воситаҳои нашъадор, моддаҳои психотропӣ ва прекурсорҳои онҳо ” аз 27 феввали соли 2020, № 121



6. Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон «Дар бораи воситаҳои нашъадор, моддаҳои психотропӣ ва прекурсорҳо»// АхбориМаҷлисиОлии Ҷумҳурии Тоҷикистон, 1999, № 12, м. 312; ZRT аз 22.07.2013 № 988.
7. Петухов, А.С. Боль проблема медицинская и социальная / А.С. Петухов // Фармац. вестн. - 2006. -№33.-С. 39.
8. Стратегияи миллии мубориза бар зидди маводи мухаддир дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2021-2030. // Фармони Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 20 мартисоли 2021, № 145
9. Фармони Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон «Дар бораи чораҳои таъхирнопазири мубориза бо муомилоти ғайриқонунии маводи нашъадор» аз 12 апрели соли 1996 № 464.
10. Фармони яқояи Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон ва Вазорати қорҳои дохилии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар мувофиқа бо Агентии назорати маводи нашъаовари назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон «Дар бораи пурзӯр намудани мубориза бар зидди нашъамандӣ ва таъмини муомилоти қонунии восита.

ПРАВОВЫЕ МЕХАНИЗМЫ КОНТРОЛЯ ОБОРОТА ОСОБОКОНТРОЛИРУЕМЫХ ВЕЩЕСТВ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН Мингбоев М.Л.

Кафедра общественного здравоохранения и медицинской статистики с курсом истории
медицины ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибн Сино”

В статье представлены основные правовые акты, регулирующие законный оборот наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров (особо контролируемых веществ), применяемых в медицине на территории Республики Таджикистан. А так-

же рассмотрены механизмы государственного и административного контроля за оборотом особо контролируемых веществ.

Ключевые слова: наркотических средств, психотропные вещества, правовые акты, стратегия.

LEGAL MECHANISMS TO CONTROL THE TRAFFIC OF SPECIALLY CONTROLLED SUBSTANCES IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN M.L.Mingboev

Department of public health and medical statistics with a course in the history of medicine
(Head of the department, candidate of medical sciences, associate professor Juraeva N.S.) State
Educational Institution “Avicenna Tajik State Medical University”

The article presents the main legal acts regulating the legal circulation of narcotic drugs, psychotropic substances and precursors (specially controlled substances) used in medicine in the territory of the Republic of Tajikistan The

mechanisms of state and administrative control over the circulation of specially controlled substances are also considered.

Keywords: drugs, psychotropic substances, legal acts, strategy.

Мингбоев Маишраб Латифович – магистры кафедраи НТҶ ваомори тиббӣ бо курси таърихи тиббии МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон б номи Абуӯалӣ ибни Сино”. E-mail: mashrab.mingboev@gmail.com Тел: +992 900 33 6666

Мингбоев Маишраб Латифович – магистрант кафедры общественного здравоохранения и медицинской статистики с курсом истории медицины ГОУ “Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибн Сино” E-mail: mashrab.mingboev@gmail.com Тел: +992 900 33 6666

Mashrab Latifovich Mingboev - Master student of the department of Public Health and medical statistics with a course of history of medicine of the Avicenna Tajik State Medical University E-mail: mashrab.mingboev@gmail.com Тел: +992 900 33 6666

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

ЗУХУРОТИ КЛИНИКИИ ВИТИОИГОИ СЕГМЕНТАРӢ

Мухаммад Юнус Сарварӣ

Кафедраи дерматовенерологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Мувофиқи таснифи форуми аврупоии дерматологҳо (2013) витилиго ба шаклҳои сегментарӣ ва ғайри сегментарӣ [3,4] чудо карда шудааст. Чунин ҳисоб мекунам, ки витилигои сегментарӣ номи худро бинобар осебҳои минтақаҳои қабатҳои пӯст гирифтааст, ки ба интерватсияи як ё якчанд сегментҳои ҳароммағз мувофиқат мекунам, бидуни майл доштан ба пешравӣ. Мувофиқи маълумотҳои адабиётҳои илмӣ витилигои сегментарӣ бештар ҳангоми ихтилолҳои системаи вегативии асаб дучор мешаванд [1,3,5].

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши зуҳуроти клиники витилигои сегментарӣ ва муайян кардани иртиботи мутақобилаи ихтилолҳои вегетативӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар маҷмӯъ 72 бемори синну соли 15-20-сола бо ташҳиси витилиго таҳқиқ карда шуд. Таносуби мардҳо ва занҳо мутаносибан 1:2 буд. Барои баҳогузорӣ кардани вазнинии осебҳои витилиго шохиси **VIMAN** “**vitiligo man**” мувофиқи ҷадвал ҳисоб карда шуд (В.П. Адакевич, 2004) [3]. Бо мақсади муайян кардани ихтилолҳои системаи вегетативии асаб аз усули акусуламали пӯст-вегативӣ истифода карда шуд: дермографизм ва рефлексии пиломотрий.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо. Бемории таҳқиқшуда аз мавҷуд будани доғҳои депигментӣ бидуни эҳсосоти субъективӣ шикаҷат доштанд.

Ҳангоми муоина кардан дар ҳама беморони таҳқиқшуда доғҳои депигментӣ ба таври асиметрӣ ҷойгир шуда, дорои ранги ширмонанду сафед буданд ва сарҳадҳои нодуруст доштанд. Дар 12 (16,7%) -и беморон лонаҳои осебҳо дар минтақаи интерватсияи (бо асаб таъмин шудан) як сегмент ҷойгир шудаанд, ки ин ба шакли универсалии сегментарии витилиго далолат мекунам, дар 29 (40,3%) -и беморон ду сегмент осеб дидааст ва шакли бисегментарӣ доштанд, дар 31

(43,0%) -и беморон лонаи осеб дар худ шакли плюрисегментарии витилиго доштанд. Ҳама шаклҳои витилигои сегментарӣ ба таври асиметрӣ ҷойгир шудаанд.

Дар шакли унисегментарӣ доғҳои депигментӣ дар пӯсти бадан ба таври асиметрӣ ҷойгир шудаанд. Витилигои бисегментарӣ дорои доғҳои депигментӣ дар ду сегмент буданд: дар мавзеи сина дар 7/12; 58,3% -и беморон ва мавзеи шикам дар 5/12; 41,7% -и беморон ба мушоҳида расид. Витилигои плюрисегментарӣ дар ҳамаи 29/72; 40,3% -и беморон аз вучуд доштани депигментӣ дар як тарафи бадан (сина, пушт, шикам) ва дар ҳамаи тараф дар бозу ва кифи по иборат буд.

Ҳангоми ҳисоб кардани шохиси **VIMAN** дараҷаи вазнинии ҷараёни витилиго, бузургии максималии ин шохис дар беморони дорои шакли плюрисегментарии СВ ба мушоҳида расид ва $915,3 \pm 32,8$ баллро ташкил дод, ки аз дараҷаи вазнинии витилиго дарак медиҳанд. Дар беморони дорои шакли унисегментарии СВ дараҷаи сабуки витилиго дида шуд, ки ғайри фарқиятҳои байни нишондиҳандаҳои паҳншавии осебҳо ($45,1 \pm 7,1$ балл) ва репигментатсияи перифолликулярӣ ($3,0 \pm 0,4$ балл) ва шохиси **VIMAN** $42,1 \pm 5,1$ баллро ташкил дод.

Дар беморони дорои витилигои бисегментарӣ шохиси **VIMAN** $438,2 \pm 21,4$ баллро ташкил медиҳанд, ки аз дараҷаи миёнаи вазнинии витилиго дарак медиҳад.

Дар аксари бештари беморони дорои СВ марҳалаи пешрави витилиго дида шуд, ки дар 2/12; 16,7% -и беморони дорои витилигои унисегментарӣ ба мушоҳида расид, дар 11/29; 37,9% -и беморони дорои витилигои бисегментарӣ ва дар 24/31; 77,4% -и беморони дорои витилигои плюрисегментарӣ ба назар расид. Яъне, дар беморони дорои витилигои плюрисегментарӣ марҳалаи пешраванда, назар ба витилигои унисегментарӣ 4,6 маротибаи (24/31; 77,4% дар муқобили 2/12; 16,7% -и ҳолатҳо) ва 2 маротиба назар ба витилигои бисегмен-



тарӣ (24/31; 77,4% дар муқобили 11/29; 37,9%-и ҳолатҳо) бештар ба мушоҳида расид.

Таҳқиқоти аксуламали пӯст-вегетативӣ дар беморони дорои витилигои сегментарӣ хусусиятҳои дермографизм ва рефлексии пилomotorиро муайян кард. Аз 72 бемори дорои витилигои сегментарӣ дар 64 (88,9%) бемор дермографизми сафед муайян карда шуд, ки ин аз ангиезиши баландивазоконструкторҳои пӯст дарак дода, ба симпатикотонияи рағҳои пӯст далолат мекунад. Дар 8 (11,1%)- бемор дерматографизми гулобӣ дида шуд. Дар ин маврид дермографизми сафед чандин маротиба дар шаклҳои плюрисегментарӣ бештар муайян карда шуд, назар ба шаклҳои бисегментарӣ ва уни-сегментарӣ, яъне 52/81,2% дар муқобили 8/64; 12,5 ва 4/64; 6,3%-и ҳолатҳо.

Хулоса, шакли сегментарии витилиго бештар дар шакли витилигои плюрисегментарӣ дида мешавад. Дар беморони дорои витилигои сегментарӣ дар 64 (88,9%) ҳолат баланд шудани тонуси қисми симпатикии системаи вегетативии асаб ба назар мерасад, қувватгирии возеҳтари он дар шакли плюрисегментарӣ дида мешавад. Яъне бо зиёд шудани миқдори сегментҳо қувватгирии тонуси қисми симпатикии системаи вегетативии асаб ба назар мерасад. Ҳангоми мушоҳидаи беморони дорои витилигои сегментарӣ ба ҳисоб гирифтани зарур аст, ки дар ин беморон намуди симпатикии системаи вегетативии асаб (СВА), махсусан дар шакли плюрисегментарӣ бартарӣ дорад.

Адабиёт

1. Taieb A. Epidemiology, definitions and classification. Vitiligo /A. Taieb, M. Picardo // N. Engl. J. Med. - 2010.-P.13—24.
2. Шарафутдинова Л.А. К вопросу о классификации витилиго. / Л.А. Шарафутдинова // Российский журнал кожных и венерических болезней. - № 2014. - №2. – С. 37-40.
3. Абдиева Д.Х. К вопросу о витилиго / Д.Х.Абдиева, А.А.Хусейнов // Дерматовенерология и эстетическая медицина. – 2017. – №2 – С. 5-6.
4. Рахимов У.С. Типы вегетативной нервной системы у больных витилиго /У.С. Рахимов, К.М. Мухаммадиева, С.С. Исматуллоева//Вестник последипломного образования РФ, Москва. - 2018.-3.- С.71-72
5. Адаскевич В.П. Диагностические индексы в дерматологии/ В.П.Адаскевич. – Л.: Москва. - 2014 –165с.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СЕГМЕНТАРНОГО ВИТИЛИГО

Мухаммад Юнус Сарвари

Кафедра дерматовенерологии и инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», Таджикистан

Актуальность. Известно, что витилиго проявляется различными формами, а для их дифференциации используются различные классификации. По классификации Европейского дерматологического форума (2013) витилиго делится на сегментарную и несегментарную формы.

Цель исследования Изучение клинических проявлений сегментарного витилиго и выявление их взаимосвязи с вегетативными нарушениями.

Материал и методы исследования. Обследовано 72 пациента в возрасте 15-20 лет с

диагнозом витилиго. Соотношение мужчин и женщин составило 1:2. Оценка тяжести поражения витилиго проводилась на основании индекса VIMAN. Кожно-вегетативные реакции оценивали с помощью дермографизма и пилomotorного рефлекса.

Результаты исследования и их обсуждение. У 12 (16,7%) пациентов была выявлена уни-сегментарная форма витилиго, у 29 (40,3%) - бисегментарная форма, у 31 (43,0%) - плюрисегментарная форма витилиго. У пациентов с плюрисегментарным витилиго

прогрессирующая стадия наблюдалась в 4,6 раза чаще, чем при унисегментарном витилиго (24/31; 77,4% против 2/12; 16,7% случаев) и в 2 раза чаще, чем при бисегментарном витилиго (24/31; 77,4% против 11/29; 37,9% случаев). Из 72 больных с сегментарным витилиго у 64 (88,9%) пациентов был выявлен белый дермографизм, что свидетельствует о повышенной возбудимости вазоконстрикторов кожи и указывает на симпатикотонию сосудов кожи.

Выводы. У пациентов с сегментарным витилиго в 64 (88,9%) случаях наблюдается повышение тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы, причем наиболее выраженное его усиление наблюдается при плюрисегментарной форме.

Ключевые слова: витилиго, дермографизм, унисегментарный, плюрисегментарный, вазоконстриктор, пациент.

CLINICAL MANIFESTATIONS OF SEGMENTAL VITILIGO

Muhammad Yunus Sarwari

Department of Dermatovenereology and Infectious Diseases, SEI "TSMU named after Abuali Ibni Sino", Dushanbe.

Relevance. Anditis known that vitiligo manifests itself in various forms and various classifications are used to differentiate them. According to the classification of the European Dermatological Forum (2013), vitiligo is divided into segmental and non-segmental forms.

The aim of the study was to study the clinical manifestations of segmental vitiligo and identify their relationship with autonomic disorders.

Material and methods of research. 72 patients aged 15-20 years with a diagnosis of vitiligo were examined. The ratio of men to women was 1: 2. The vitiligo severity assessment was based on the VIMAN index. KImmune-vegetative reactions were evaluated using dermatography and pilomotor reflex.

Research results and their discussion. 12 (16.7%) patients had a unisegmental form of vitiligo, 29 (40.3%) had a bisegmental form and 31 (43.0%) had a plurisegmental form of vitiligo.

In patients with plurisegmental vitiligo the progressive stage was observed 4.6 times more often than with unisegmental vitiligo (24/31; 77.4% vs. 2/12; 16.7% of cases) and 2 times more often than with bisegmental vitiligo (24/31; 77.4% vs. 11/29; 37.9% of cases). Of 72 patients with segmental vitiligo, 64 (88.9%) patients had white dermatographism, which indicates increased excitability of skin vasoconstrictors and indicates sympathicotonia of skin vessels.

Conclusions. In patients with segmental vitiligo in 64 (88.9%) cases, an increase in the tone of the sympathetic part of the autonomic nervous system is observed and its most pronounced increase is observed in the plurisegmental form.

Key words: vitiligo, dermatographism, unisegmental, plurisegmental, vasoconstrictor, patient.

Муҳаммад Юнус Сарварӣ – магистри кафедраи дерматовенерология ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино Email: younassarway@gmail.com +992-93-371-87-18

Мухаммад Юнус Сарвари – магистр кафедры дерматовенерологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» Email: younassarway@gmail.com +992-93-371-87-18

Muhammad Yunus Sarvari - Master of the Department of Dermatovenereology, ATSMU named after Abuali Ibni Sino Email: younassarway@gmail.com +992-93-371-87-18



ОНКОЛОГИЯ

ВАЗЪИ ВОҚЕИИ ХАДАМОТИ САРАТОНШИНОСӢ ВА МАСЪАЛАҲОИ ҲАЛТАЛАБИ ОН ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

Сангинов Ҷ. Р.¹, Хусейнзода З.Х.²

1. Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино;
2. МД “Маркази ҷумҳуриявии илмӣ саратоншиносӣ” ВТ ҲИА ҚТ.

Мухимият. Дар даҳсолаҳои охир дар радиҳои муаммоҳои глобалии ҷаҳони имрӯза мушкилоти марбут ба болоравии устувори бемориҳои саратон, ғавт аз онҳо ва зарари иҷтимоиву иқтисодии он ҳамчун таҳдид ба рушди устувори давлатҳо эътироф шудааст. Ин раванд бештар таъсири худро ба давлатҳои дорои даромади кам ва миёна (LIMIC) мегузорад. Яке аз роҳҳои пурзур кардани имконияти мубориза бадзидди бемориҳои саратон ин эълон кардани афзалияти миллӣ дар сатҳи давлатҳо мебошад, ки имруз намунаи ин иқдом дар Федератсияи Русия, Қазоқистон ва Ўзбекистон ба назар мерасад [1,2].

Барои ҳалли масъалаҳои марбут ба мубориза бадзидди бемории саратон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон системаи муҳофизат ва ҳадамоти саратоншиносӣ мавҷуд мебошад, ки он муассисаҳои саратоншиносӣ, кадрҳо, технология ва дигар захираҳоро дар бар мегирад. Айни ҳол барои ҳал намудани мушкилотҳои соҳаи саратоншиносӣ Барномаи мушаххаси нав, барои солҳои 2023-2030 бо якҷоягии Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳоли, Ташкилоти умумҷаҳонии тандурустӣ мутахассисони соҳаи саратоншиносӣ таҳия гардида, корбарӣ идома дорад [3,4].

Тағйироти пешбинишудаи демографӣ дар даҳсолаҳои оянда, аз ҷумла пиршавии аҳоли, ки омили хатарноки саратон мебошад, ба назар гирифта мешавад. Инчунин омилҳои хавфнок барои гирифтورشавии саратон ин тамокукашӣ, парҳези номутавозун, фаъолияти нокифояи ҷисмонӣ, таъсири баланди нурҳои ултрабунафши офтоб, истифодаи маводҳои хурока бо моддаҳои кимиёвии зарарнок омехташуда (нитрат, нитритҳо ва ғ.) ва сӯиистифода аз машруботи спиртӣ мебошанд. Дигар омилҳои хавф, аз қабили сирояти вирусҳои онкогенӣ

(ВПО, гепатит В, С, вируси Эпштейн-Барр), хеликобактер, радиатсия ва ифлосшавии муҳити атроф низ муҳиманд [5,6].

Тибқи ҳулосаи мутахассисон, то 80% сабабҳо ва омилҳои хавфи саратонро бартараф кардан мумкин аст, ба шарте ки чораҳои пешгиркунанда ҳамаҷониба ва пайваста андешида шаванд. Эмгузаронӣ танҳо алайҳи вируси HPV ва гепатит В метавонад ҳар сол то 1 миллион ҳолати саратонро дар ҷаҳон пешгирӣ кунад (ТУТ 2016). Амалӣ гардонидани барномаҳои скринингӣ барои дарёфти бемории саратон дар марҳилаҳои аввал, низ самараи хуб медиҳад [7,8].

Маркази ҷумҳуриявии илмӣ саратоншиносӣ ҳамчун муассисаи пешбар ва ваколатдори соҳа дар ҳамбастагӣ бо муассисаҳои дигари Ҳадамоти саратоншиносӣ чихати таҳлили вазъи воқеии беморшавӣ, аз он ҷумла баҳисобгирии бори аввал бақайдгирифташудагон, ошкоркунии бармаҳали бемориҳо, ғавти беморон, зиндамони 3 ва 5 сола, сатҳи бемориҳои гузашташуда (паҳнғашта), дастрасии мизочон ба воситаҳои ташхис ва табобат дар тамоми минтақаҳои ҷумҳурӣ кори доимиро ба роҳ мондааст [9].

Тамоюлҳои умумии соҳа.

1. Даҳсолаҳои охир мунтазам болоравии беморшавии аҳоли ба бемориҳои саратон ба қайд гирифта мешавад.

2. Мутаасифона, теъдоди беморон дар марҳилаҳои ниҳонии (III ва IV) ташхисоти зиёд бақайдгирифташуда кам намешавад.

3. Ҳарчанд тамоюли мусбии пастшавии ғавти беморони саратон ба назар мерасад, вале ин нишондиҳанда ҳоло баланд боқӣ мемонад.

4. Ошкоркунии бармаҳали бемориҳо, ки пеш аз ҳама ба корбарии самараноки шабакаҳои умумитиббӣ (КАТС, мутахасси-

сон-терапевтҳо, педиатрҳо, чарроҳон ва ғ.) вобастагии зич дорад, дар сатҳи нокифоя қорор дорад.

5. Мушкilotи дастрасӣ ба воситаҳои таъхиси беморон дар баъзе минтақаҳои кишвар (як қисми ноҳияҳои вилояти Хатлон, ноҳияҳои тобеи Ҷумҳурии ва ВМКБ) ба саривақт ошкор кардани беморон монеъа мешавад.

6. Арзиши баланд ва маҳдудияти дастрасӣ ба маводҳои кимиёдармонӣ яке аз диғар сабабҳои самаранокӣ баланд надоштани натиҷаҳои табобати беморони гирифтори саратон ба ҳисоб меравад.

7. Мавҷуд набудани озмоишгоҳи молекулярӣ-генетикӣ дар назди Марказ ва пурра ба роҳ намондани таъхиси имуногистохимиявии омосҳо мушкilotи таъхиси дақиқ ва саривақтии гуруҳи зиёди беморонро эҷод мекунад. Ин ҳолат инчунин ба сатҳу сифати тадқиқотҳои илмӣ Марказ ва кафедраҳои марбута таъсири хурдо мерасонад.

Таҳлили мухтасари нишондиҳандаҳои асосӣ:

1. Шабакаҳои таъхисию табобатии соҳа

Кумаки махсусгардонидашудаи дармонгоҳию бистарикуниро ба аҳолии мамлакат Маркази ҷумҳуриявии илмӣ саратоншиносӣ мерасонад. Марказ дорои 235 кати табобатӣ бо дармонгоҳу сохторҳои ёридиҳандаи таъхисӣ, 4 марказҳои вилоятӣ саратоншиносӣ бо 175 кат ва 76 ҳуҷраҳои саратоншиносӣ таъмин мекунаанд. Яъне дастрасии аҳоли ба шабакаҳои махсусгардонидашуда дар тамоми минтақаҳои кишвар таъмин буда, мушкilot дар мавҷудияти технологияҳои муосири таъхисӣ дар баъзе наҳияҳо ҷой дорад [10].

2. Таъмин, омодагӣ ва тақмили ихтисоси кадрҳо

Ба ҳолати аввали соли 2022 таъмин бо мутахассисони соҳа ҷунинанд:

Дар соҳаи саратоншиносии ҷумҳурий ҳамагӣ 125 саратоншинос фаъолият менамояд.

Дар МД “МҶИС” ВТҶИА ҚТ - 118 табиб, аз онҳо 80 нафар саратоншинос (саратоншинос-чарроҳ 68; саратоншиноси дар-

монгоҳ – 12, табиби кимиёдармонӣ–9; радиолог – 6; эндоскопист – 1; рентгенолог – 6; таъхисгари ултрасадо–4; патоморфолог – 4; иммунолог – 2; табиб эҳёгар – 6.

Маркази саратоншиносии вилояти Суғд 30 табиб: саратоншинос – 19; эҳёгар – 2; рентгенолог – 1, табиби ултрасадо – 1; гистолог – 1; ситолог – 14; радиолог – 4; духтури лаборант – 1; физики тиббӣ – 2.

Маркази саратоншиносии вилояти Хатлон: минтақаи Бохтар ҳамагӣ 12 табиб: саратоншинос – 8; табиби ултрасадо – 1, гистолог – 1; табиб эҳёгар – 1; рентгенолог – 1. Минтақаи Кулоб ҳамагӣ: 9 табиб: саратоншинос – 5; табиби ултрасадо – 1, ситолог – 1; гистолог – 1; табиб эҳёгар – 1.

Маркази саратоншиносии ВМКБ, ш. Хоруғ – 3 саратоншинос, табиб эҳёгар – 1.

Сатҳи дараҷанокӣ онҳо ҷавобгуи талабот буда, 73% таъхил мекунад. Дорои унвони номзади илми тиб 18 нафар ва 10 докторони илми тиб мебошанд. Ҳамаи табибон давра ба давра ба тақмили ихтисос фаро гирифта мешаванд. Инчунин дар Марказ тавассути интернатура, ординатураи клиникӣ, аспирантура, докторантура PhD ва докторантура кардҳои илмӣ амалӣ омода карда мешаванд. Таи 5 соли охир 7 нафар рисолаи номзадӣ ва 1 нафар докторӣ ҳимоя намуданд. Бояд зикр намуд, ки омодагии кадрҳо дар якҷоягӣ бо ҳайати кормандони кафедраҳои ДДТТ ма ДТБДСТ ба роҳ монда шудааст.

Таъмини мутахассисон дар Марказҳои саратоншиносии вилоятҳо қаноатбахш буда, зери назорат мебошад.

Таъмини ҳуҷраҳои саратоншиносии шаҳру ноҳияҳо бо табибони саратоншинос 65% ро таъхил дода, қисми зиёди бастҳоро табибони ғайритахассусӣ чарроҳон ишғол намудаанд. Дар 7 марказҳои саломатии ноҳияҳои ВМКБ тамоман бастҳои табиб саратоншинос мавҷуд набуда, ҳамчун мушкilot имруз ҳам боқӣ мондааст. Дар вилояти Хатлон низ аз 25 маркази саломатӣ дар 7 ҳуҷрааш саратоншинос, дар 12 нафар чарроҳ ва дар 6 ноҳия тамоман табиби соҳаи саратоншиносӣ мавҷуд нестанд.

3. Нишондиҳандаҳои асосии Хадамоти



саратоншиносӣ:

3.1. Беморшавӣ

Таҳлили қиёсии беморшавӣ ба омосҳои бадсифат дар солҳои 1991 ва 2021 афзоиши бемайлони ин нишондиҳандаро собит месозад. Агар нишондиҳандаи беморшавии аҳолии ҚТ соли 1991 69,5 ба 100 000 аҳоли бошад, соли 2021 ба 193,1 расид, ки зиёдшавии он дар муддати 30 сол тақрибан се маротиба афзуда бо ҳисоби миёнаи солонҳа-масола 3 % афзоиш меёбад. Таҳлили муқоисавии омори солҳои 2020 ва 2021 дар вилоятҳо нишон доданд, ки нисбатан афзоиши бештари беморшавӣ дар вилоятҳо ба назар мерасад, дар вилояти Суғд аз 278,8 дар соли 2020 ба 282,3 дар соли 2021, вилояти Хатлон аз 128,9 ба 130,6 ва ВМКБ аз 122,2 ба 127,1 ба 100 ҳаз. аҳоли ба қайд гирифта шудааст. Омилҳои асосии мусоидаткунанда дар минтақаҳои кишвар омузиши иловагиро талаб менамояд. Беморони бори аввал бақайдгирифташуда аз 1408 дар соли 1991 ба 3126 дар соли 2021 расида, афзоиши он 45,1% ташкил медиҳад [11].

3.2. Теъдоди умумии (контингент) беморони саратон, ки дар қайди муассисаҳои саратоншиносӣ мебошанд

Соли 2021 дар қайди муассисаҳои саратоншиносии ҷумҳурӣ 18344 (17699 дар соли 2020) беморон буда, зери назорати диспансерӣ қарор доранд.

Аз онҳо тақрибан 70% аҳолии деҳот буда, 30% шаҳрнишин мебошанд. Аз миқдори бори аввал муайян намудаи беморони саратон (2021 сол 3126 нафар) қудакони то 18 сола 123 нафарро (3,9%) ташкил медиҳанд. Шахсони синну соли қобили меҳнат 72 % ташкил медиҳанд. Аз он ҷумла 2700 нафар (14,7%) беморон 5 сол ва зиёда аз он зери муоинаи духтурон онкологҳо қарор доранд. Контингенти умумии беморони омосҳои бадсифат аз миқдори умумии беморон (18344) дар вилояти Суғд дар соли 2021: 7905 нафар (43%), вилояти Хатлон 4572 (25%) ва ВМКБ 1144 (6,2%) нафар дар қайд мебошанд. Қисми зиёди контингенти беморон аз ҳисоби беморони гирифтори саратони ғадуди ширӣ 18 %, саратони гарданаки бачадон 10,9%, саратони пуст 8,5%, лимфомаҳо 6,8

%, меъда 5,6 %, муайян шудаанд.

3.3. Байқайдгирии беморони бори аввал муайяншуда бо марҳилаҳои беморӣ

Соли 2021 дар ҷумҳурӣ бори аввал 3126 (2020 сол 2975 нафар) беморони гирифтари омосҳои бадсифат ба қайд гирифта шудаанд. Тақсимбандии онҳо бо назардошти марҳилаи беморӣ, ки нишондиҳандаи асосӣ барои пешгуии (прогнози) беморӣ мебошад, чунин ҳолатро нишош дод:

Марҳилаи I ва II дар соли 2009 - 64,2% ва 2021 сол 69,6 %; марҳилаи III 16,8% дар 2009 сол ва 2021 сол 14,8 %; марҳилаи IV 2009 сол 19,0% ва 2021 сол 15,6%. Боиси ташвиши мутахассисон ин муайян намудани бемори дар марҳилаҳои III-IV беморони гирифтори саратони ғадуди ширӣ 4,5 %, меъда 4,1%, гарданаки бачадон 1,8% ва саратони шуш 1,6 % гардидааст.

Дар маҷмӯъ нишондиҳандаи марҳилаҳои гузаштаи бемориҳои омосҳои бадсифат дар соли 2021- 30,2 % (1991 сол - 47,0 %; соли 2009 - 35,7%) ташкил додааст.

3.4. Тасдиқи морфології бемориҳо

Тибқи талаботи мавҷуда қабули қарор оиди муайян кардани усули табобат дар аксарияти кулли ҳолатҳо бо тасдиқи морфології бемор (верификатсия) бояд асос ёбад [12]. Ҳиссаи ҳолатҳои тасдиқи морфологӣ беморони омосҳои бадсифат дар Маркази саратоншиносии ҷумҳуриявӣ дар соли 2021 - 99,2 %, ки он соли 2009 – 76,8 %) ташкил меод, ки ин нишондиҳандаи қаноатбахш бо назардошти шабақаҳои морфологӣ дар минтақаҳои гуногуни кишвар ҳисоб мешавад. Тасдиқи ниҳии морфології беморон аз минтақаҳо ва муассисаҳои умумии тиббӣ асосан дар озмоишгоҳи патоморфології МД “МЧИС” дар шаҳри Душанбе ва дар Маркази саратоншиносии ш. Хучанд сурат мегирад. Яке аз мушкилоти ташҳиси морфології беморони саратон вобаста ба набудани кадрҳои патоморфолог дар минтақаҳо, нокифоягии таҷҳизоти марбута ва беаҳмиятии роҳбарони сатҳи гуногун ба ин ҳадамот вобастагӣ дорад [13].

3.5. Фавти беморон

Нишондиҳандаи фавти беморони омосҳои бадсифат таи солҳои охир ру ба кам-

шавиро дорад. Ин нишондиҳанда соли 2009-33,76 ба 100 ҳазор аҳолиро ташкил меод ва дар соли 2021 то 22,9 поён рафт.

Сатҳи фавти беморон дар минтақаҳои кишвар нишон медиҳад, ки нисбатан дар вилояти Хатлон (2020 сол 873, 2021 сол 1767 нафар) ва вилояти Суғд (2020 сол 772 ва 2021 сол 789 нафар) зиёдтар ба қайд гирифта шудааст. Аз лиҳози ҷойгиршавии беморӣ фавти бештар ба саратони ғадуди ширӣ 1,7%, гарданаки бачадон 1,2%), меъда 1,6% ва шуш 0,7% рост меояд.

Яке аз масъалаҳои калидии соҳаи саратоншиносӣ ин ошкоркунии бармаҳали беморӣ мебошад. Тибқи тартиби муқарраршуда, масъулияти ташҳиси бармаҳали бемориҳои саратон ба уҳдаи табибони оилавӣ, терапевтҳо, педиатрҳо, акушер-гинекологҳо, сохторҳои муоинаи тиббӣ ва мутахассисони сатҳи дигар (ҷарроҳон, дерматологҳо, офталмологҳо, отоларингологҳо ва ғ.) вогузор карда шудааст [14]. Вале боло на рафтани нишондиҳандаи марҳилаҳои I-II бемориҳо ба набудани зиракии саратонии табибони шабақаҳои умумитиббӣ, маҳдудияти дастрасӣ ба воситаҳои ташҳис дар минтақаҳо, сатҳи нокифояи маърифати санитарии аҳоли ва қорбарии утокҳои саратоншиносии шахру ноҳияҳо вобастагӣ дорад. Дар ҷумҳурӣ дар марказҳои саломатии шахру деҳотҳо 252 ҳуҷраҳои муоинавӣ амал мекунанд, ки маҳз вазифаи муайянкунии бемориҳои пеш аз саратонӣ ва омосӣ ба уҳдаи онҳост. Соли 2018 ҳамагӣ 18,5% аҳолии ба муассисаҳои тандурустӣ муроҷиат намуда аз муоинаи ин сохторҳо гузаштаанд. Сатҳи ошкоршавии омосҳои бадсифат дар байни онҳо ҳамагӣ 0,2% ташкил мекунад. Боиси ташвиши ҷиддӣ ин бемарҳилаҳои ниҳой ба қайд гирифтани қисми зиёди беморони саратони ғадуди ширӣ мебошад, ки ин ҳолат пеш аз ҳама ба нокифоя будани маммографҳои оддӣ ва рақамӣ дар кишвар, надоштани маълумоти ҳуди аҳоли ва қорбарони низоми КАТС, инчунин суст ба роҳ мондани қорҳои тарғиботӣ-санитарӣ вобастагӣ дорад.

Табобати беморони саратон муҳимтарин ҷузъи кумаки махсусгардонидашуда ба

ҳисоб меравад [15]. Тибқи тартиб ва таҷрибаи андухтшуда ва имкониятҳои кадриву технологӣ намудҳои муосири табобати самаранок дар МҶИС ба роҳ монда шудаанд. Дар вилояти Суғд бо назардошти талаботи воқеӣ ва масофаи дур аз маркази кишвар маркази саратоншиносии вилоятӣ бо иқтидори 110 кат ва дорои таҷҳизоти табобати нури фаъолият намуда, амалиётҳои ҷарроҳии таъҷили, саратони узвҳои репродуктивӣ, ғадуди ширӣ, пуст, рудаҳо, бофтаҳои мулоим дар радифи табобати фарогири химиотерапевтӣ ба роҳ монда шудаанд. Инчунин амалиётҳои мураккаб бо даъвати мутахассисони МД “МҶИС” низ гузаронида мешаванд. Марказҳои саратоншиносии Бохтар, Кӯлоб ва Хоруғ бо иқтидори 20-25 кат ташкил шуда, асосан ба муайян намудани ташҳиси бемориҳо ва табобати кимиёдармонӣ машғуланд.

Бо сабаби он, ки қорҳои профилактикии мавҷуда натиҷаҳои муассир ҷиҳати пешгирии назарраси бемориҳои саратонро намереҳанд, самти калидии мубориза – ин табобати самаранокӣ саратон эътироф шудааст [16,17]. Бо дарки ин раванд дар МД “МҶИС”, ки дорои иқтидори баланди кадриву технологӣ мебошад давра ба давра навовариҳои ҷиддӣ вобаста ба амалиётҳои муосири ҷарроҳӣ, табобати нури ва кимиёдармонӣ амалӣ карда мешаванд. Танҳо дар солҳои охир дар Марказ тамоми амалиётҳои ҷарроҳии мураккаб ҷиҳати табобати саратони сурхрӯда, меъда, ҷигар, рудаи рост ва ғафс, шуш, миёнадевор, узвҳои репродуктивии занона, устухонҳо (азҷумла онкопротезикунонӣ), гурда ва масона, ғадуди ширӣ дар қалонсолон ва инчунин ҷарроҳии қудакони гирифтори саратон, аз наводон саркарда ба роҳ монда шудаанд. Дар ин замина қорҳои назарраси илмӣ-тадқиқотӣ бо ҳимояи рисолаҳои номзадӣ ва докторӣ анҷом дода шудаанд.

Самти муҳими қорбарӣ ин ҳамқорҳои илмиву амалии байналмилалӣ ба ҳисоб меравад. Бо дастгирии Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон солҳои зиёд шарикӣ боэтимодихамқорӣ мо ташкилоти Агентии амнияти ядрӣ ва радиатсионӣ (МАГАТЭ)



мебошад. Таҷҳизонидани шуъбаи табобати нурии маркази саратоншиносии вилояти Суғд (2019), оғози лоиҳаи таҷҳизонидани шуъбаи ташҳисии Маркази саратоншиносии ш. Кулоб (2022-2025), ва мучахҳаз кардани МД “МҚИС” шаҳодати ин ҳамкориҳои босамар мебошад.

Қобили қайд аст, ки Хадамоти саратоншиносӣ аз рузҳои аввали Истиқлолият то имруз робитаҳои илмиву амалии худро бо Ассотсиатсияи директорони марказҳои саратоншиносии давлатҳои ИДМ (АДИОР), Марказҳои саратоншиносии Русия, Беларусия, Гурҷистон, Арманистон, Озарбойҷон, Қазоқистон, Узбекистон, Қирғизистон, инчунин давлатҳои хориҷи дур (Олмон, Амрико, Австрия, Венгрия, Испания ва ғ.) муассир ба роҳ монда, дар самтҳои корҳои илмӣ, мубодилаи таҷриба, омодагӣ ва бозомузӣ кардҳои корҳои назаррасро ба сомон расонида истодааст.

Махсусан ҳамкориҳои мо бо Маркази илмиву тиббии тадқиқотии ба номи П.А. Гертсени ш. Москва (директори он сармутахассиси саратоншиносии Русия – академик А.Д. Каприн), қобили зикр буда, танҳо дар ин марказ се соли охир 7 мутахассиси пешбари Марказ ба таври ройгон курсҳои бозомузиро гузаштаанд [18].

Ба таври хулоса бояд қайд кард, ки ҷиҳати тақвияти пешгирӣ ва ташҳису табобати бемориҳои саратон дар кишвар бо ҷаҳду талабҳои Ҳукумати ҚТ, зеро роҳбарии бевоСИТАИ ВТХИА ҚТ бо кушишҳои ҳамарузаи кормандони Хадамоти саратоншиносии мамлакат корҳои муайян ба сомон расонида шудаанд.

Вале бояд иқрор шуд, ки сатҳу сифати корҳои анҷомдодашуда беҳбудиро талаб карда, дар солҳои минбаъда бояд ба талаботи замони муосир, бо назардошти тамоюли устувори баландравии бемориҳои саратон бештар ҷавобгубошад. Ҷиҳати расидан ба ин мақсад ҳалли масъалаҳои зерин зарур мебошад:

1. Масъалаи ояндасоз ва ҳалкунандаи соҳа ин бунёди бинои нави Марказ, ки ба Барномаи давлатии сармоягузориҳои ҚТ ва Барномаи рушди ш. Душанбе барои солҳои

2020-2025 ворид карда шудааст, мебошад.

2. Яке аз роҳҳои асосии зиёд кардани зиндамонии беморони саратон ва таъмини муолиҷаи пурраи онҳо ин ошкоркунии бармаҳали беморӣ аст. Аз ин рӯ сафарбаркардани иқтидори пурраи шабакаҳои аввалии умумитиббӣ барои дарёфти бармаҳали беморӣ ва пурзур кардани тартиботи санитарии аҳоли, пеш аз ҳама ба воситаи марказҳои тарзи ҳаёти солим ба мақсад мувофиқ мебошад.

3. Ҷиҳати назорати муоинаи диспансерии контингенти беморони саратон дар ҷои истиқомат бояд ҳама ҳуҷраҳои саратоншиносии шаҳру ноҳияҳо бо табиб – саратоншинос таъмин карда шаванд.

4. Барои дастрасии беҳтар ба воситаҳои ташҳисӣ, пеш аз ҳама дар ноҳияҳои вилояти Хатлон, ноҳияҳои дурдасти вилояти Суғду Бадахшон ва тобеи ҷумҳур иқдомҳои имрузаи ВТХИА ҚТ давом ёфта, бо технологияҳои ташҳисии муосир ҷиҳозонида шаванд.

5. Давра ба давра, дар доираи имкониятҳои буҷети давлатӣ, талаботи беморони саратон бо дорувории кимиёдармонӣ таъмин карда шавад. Имрӯз дар МД “МҚИС” таъминокии беморон ба маводҳои доруворӣ дар доираи 4-5% иҷро мегардад.

6. Маркази ҷумҳуриявии илмии саратоншиносӣ ниёз ба технологияҳои муосир дорад, ба монанди: дастгоҳҳои эндовидеоҷароҳӣ бо “Лигашур”, томографияи позитсионӣ-эмиссионӣ (ПЭТ), МРТ, дастгоҳҳои табобати нурии “Линейный ускоритель” ва “Гамма нож”.

7. Ташҳис ва табобати муосири беморони саратон дар Марказҳои пешрафта тавасути тибби фардӣ (персонализиранная медицина) озмоишгоҳи иммуногистохимиявӣ, иммунофенотипӣ ва молекулярӣ генетикӣ талаби замон аст, ки барои расидан ба ин ҳадаф кори зиёдеро, пеш аз ҳама ҷиҳати оmodасозии мутахассисон анҷом додан лозим аст.

8. Тадқиқотҳои собит кардаанд, ки вируси папилломаи одам (ВПЧ) сабаби инкишофи саратони гарданаки бачадон ва сару гардан мебошад. Ворид кардани ваксинатсияи

зидди вируси паилломаи одам ба тақвими миллии эмгузаронӣ, тибқи тавсияи ТУТ кори ҳадафманд мебошад.

9. Таҳия ва татбиқи лоиҳаҳои скрининги саратони ғадуди ширӣ ва гарданаки бачадон барои бармаҳал дарёфт кардани ин бемориҳо ва табобати самараноки онҳо, дар сатҳи расмӣ низ тақозои замон аст.

10. Тақвияти корҳои илмӣ тадқиқотӣ дар соҳаи саратоншиносӣ ҳатман унсури фундаменталӣ (бунёдӣ) бояд дошта бошад ва барои пешбурди он ҳамкорӣ ва

истифодаи имкониятҳои мавҷудаи низоми тандурустӣ, Академияи миллии илмҳо дар пайвастагӣ бо шарикони берунаро талаб менамояд.

Ва ниҳоят, дар вазифаҳои ҳалталаб мо огоҳона масъалаҳои таъмин бо маводҳои таргетиҳои зиддиомосӣ, иммунотерапентӣ, дастгоҳҳои хеле гаронарзиши табобати нурӣ (стереотаксикӣ, протонӣ ва ғ.), генотерапия ва технологияҳои биоинформатсиониро пешбинӣ накардем, зеро барои ҳалли онҳо фурсати муносиб лозим аст [18,19].

Адабиёт

1. Вадин А.Ю., Хасанов Р.Ш. Стратегияи тактика модернизации онкологической службы Республики Татарстан. *Поволжский онкологический вестник*. 2020;4:4–9.
2. Всемирная организация здравоохранения. Доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире 2010 г. Женева. Доступно: https://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_ru.pdf?ua=1
3. Гнатюк А.П., Самсонов Ю.В. Современное состояние оказания онкологической службы в городе Москва. *НПЖ Исследования и практика в медицине*. 2015; 2(3):118–123.
4. Данилова Е.С., Потёмкина Р.А., Попович М.А. Процесс реализации региональных программ профилактики неинфекционных заболеваний; двулетние итоги. *Профилактическая медицина*. 2015;18(4):17–22.
5. Демин Е.В., Чулкова В.А. Современный взгляд на проблему раннего выявления рака. *Вопросы онкологии*. 2013;59(5):651–55.
6. Джемал А., Винеис П., Брей Ф., Торре Л., Формон Д. Атлас современной онкологии. *Американское онкологическое общество*. 2014, 275 стр.
7. Заридзе Д.Г. Профилактика рака: руководство для врачей. Москва: ИМА пресс, 2009, 224 ст.
8. Каприн А.Д., Старинский В.В., Александрова Л.М., Чисов В.И. Развитие онкологической помощи в Российской Федерации в свете выполнения государственных программ. *Российский медицинский журнал*. 2015;21(2): 4–9.
9. Масленникова Г.Я. Неинфекционные заболевания как глобальная проблема здравоохранения, роль ВОЗ в ее решении. *Профилактическая медицина*. 2015;18(1): 9–13.
10. Мерабишвили В.М. Выживаемость онкологических больных. Санкт-Петербург: ООО «Фирма КОСТА», 2006, 440 стр.
11. Национальная программа по профилактике, диагностике и лечению онкологических заболеваний в Республике Таджикистан за период 2010–2015, Душанбе, 2009, 164 стр.
12. Онкология, национальное руководство. Москва, ГЕОТАР-Медиа, 2015, 75 стр.
13. Петрова Г.В., Грецова О.П., Каприн А.Д., Старинский В.В. Характеристика и методы расчета медико-статистических показателей в онкологии. Методические рекомендации. Москва, ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена Росмедтехнологий», 2014, 41 стр.
14. Салимзода Н.Ф. Солимии аҳоли ва фаъолияти муассисаҳои тандурустӣ дар соли 2016. Душанбе, 2017, 384 сах.
15. Farkhad I., Ehnn G. S., Akhmedin D. Proportion of preventable cancers and deaths due to potentially modifiable risk factors in the USA, 2018;1(1):4–28.
16. Ferlay J., Shin H.R., Bray F. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: Globocan. 2008. *Int. J. of Cancer*, 2010;127:2893–917.
17. Makarova-Rasher O., Altekruse S.F., McNeel T.S. Population attributable fractions of risk factors in for hepatocellular carcinoma in the United States. *Cancer*. 2016;122:1757–1765.
18. Siegel R.D., Miller K.D., Jemal A. Cancer Statistics. *CA Cancer journal for clinicians*. 2017;67:7–30.



19. Smith R.A., Andrews K.S., Brooks D. Cancer screening in the United States, 2017: a review of current American Cancer Society guidelines and current issues in cancer screening. *CA Cancer J Clin.* 2017;67:100–21.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Сангинов Д. Р.¹, Хусейнзода З.Х.²

1. Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино;
2. ГУ “Республиканский онкологический научный центр” МЗ СЗН РТ

Аннотация. В статье всесторонне проанализировано современное состояние онкологической службы Республики Таджикистан. Общие тенденции в отрасли определяются наличием осложнений. Обсуждаются основные показатели онкологической службы, объясняются причины повышения и негативные процессы. С точки зрения будущего

четко показаны вопросы, которые необходимо решать в данной области, и пути реализации этих задач, в том числе поддержание уровня заболеваемости, раннее выявление и снижение онкологической смертности.

Ключевые слова: онкологическая служба, общие тенденции, отраслевые показатели, проблемы.

THE CURRENT STATE AND THE PROBLEMS OF THE ONCOLOGICAL SERVICE OF THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

Sanginov J.R.¹, Huseynzoda Z.H.²

1. Avicenna Tajik State Medical University
2. Republican Scientific Oncology Center Ministry of Health and Social Welfare

Annotation. The article comprehensively analyzes the current state of the oncological service of the Republic of Tajikistan. General trends in the industry are determined by the presence of complications. The main indicators of the oncological service are discussed, the reasons for the increase and negative processes are explained.

From the point of view of the future, the issues that need to be addressed in this area are clearly shown, and ways to achieve these tasks, including maintaining the level of morbidity, early detection and reduction of cancer mortality.

Key words: oncology service, general trends, industry indicators, problems.

Сангинов Чумабой Рахматович – д.и.т., профессор кафедры онкология, таххиси шуой ва табобати шуой МДТ “Донишгоҳи далалии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино”, тел: +(992) 935700909; e-mail: sanginov1952@gmail.com

Хусейнзода Зафар Хабибулло д.и.т., Директори МД “Маркази ҷумҳуриявии илмии саратоншиносӣ” ВТ ҶИА ҶТ.

Сангинов Джумабой Рахматович – д.м.н., профессор кафедры онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии “Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино”, тел: +(992) 935700909; e-mail: sanginov1952@gmail.com

Хусейнзода Зафар Хабибулло д.м.н., Директор ГУ «Республиканский онкологический научный центр» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан;

Sanginov Djumaboi Rahmatobch. - Doctor of Medical Sciences Professor of the Department of Oncology, Radiation Diagnostics and Radiation Therapy of the State Educational Institution “Tajik State Medical University named after Abu Ali Ibni Sino”, тел: +(992) 935700909; E-mail: sanginov1952@gmail.com.

Khuseinzoda Zafar Khabibullo -Doctor of Medical Sciences, Director of the State Institution “Republican Cancer Research Center” of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan.

ОФТАЛМОЛОГИЯ

ТАҲҚИҚОТИ СИФАТИ ҲАЁТИ БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ ГЛАУКОМА БАЪДИ ИҶРО КАРДАНИ СИКЛОФОТОКОАГУЛЯТСИЯ

Махмадзода Ш.К.¹, Карим-заде Х.Дж.¹, Маликов М.Х.¹, Юнусов И.А.¹, Шамсиддинов Б.Н.⁴, Мирзоев С.М.⁴

Кафедраҳои офталмология, травматология ва ортопедия, ва беморихои ҷарроҳии №2-и МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино», МДТ «Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустӣ Ҷумҳурии Тоҷикистон».

Муҳимият. Бо назардошти он ки глаукома ҷараёни бесимптом дорад ва тағйирҳои патологӣ ҳангоми глаукома ҷуброннашавандаанд, дар солҳои охир ин беморӣ на танҳо ҳамчун мушкилоти тиббӣ, балки мушкилоти иҷтимоӣ-иқтисодӣ низ ба ҳисоб меорад [1,2,6]. Ин ду омил ва баъзан ба онҳо ҳамроҳ шудани синдроми дард, сифати ҳаётро ба таври назаррас паст мекунад ва ба ихтилоли протесҳои мутобиқшавии иҷтимоӣ оварда мерасонад. Дар тибби муосир таҳқиқоти сифати ҳаёт аҳамияти калон дорад. Ба мисли дигар соҳаҳои тиб, дар офталмология низ концепсияи сифати ҳаёт вобаста аз вазъи саломатӣ рӯз ба рӯз талаботи бештар пайдо мекунад. [2,4,7].

Ба дастовардҳои назаррас дар соҳаи ташхис ва табобати марҳалаҳои барвакти беморӣ нигоҳ накарда як қисми беморон боз ҳам дар марҳалаҳои муҳлатгузашта ва терминалии беморӣ мурочиат мекунанд [3,5,7].

Дар баъзе ҳолатҳо синдроми дард, ҳамчунин ниҳоят паст шудани қувваи босира ва танг шудани майдони бинӣ, ки дар ин марҳалаи беморӣ солҳои тӯлонӣ ҳамроҳӣ мекунад, сабаби паст шудани сифат, тарзи ҳаёти беморон мегардад [1,5,6].

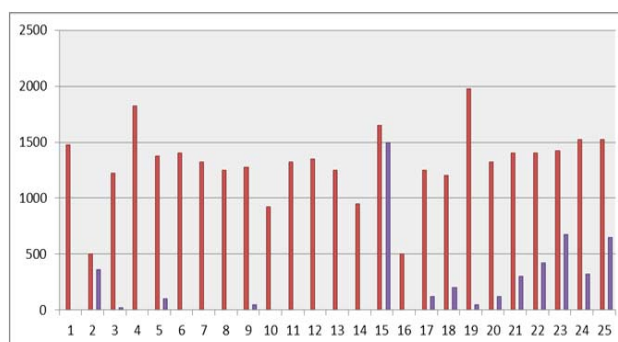
Мадқсади таҳқиқот. Омӯштани сифати ҳаёт дар беморони гирифтори намудҳои гуногуни глаукома, баъди иҷро кардани сиклофотокоагулятсияи транс склералии диодлазерӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Барои муайян кардани сатҳи сифати ҳаёт аз саволномаи NEI – VFQ – 25 (National Eye Institute Visual Functioning Questionnaire – 25). Саволнома аз 25 савол бо вариантҳои ҷавобҳои иборат аст. Ба ҳар як савол аз 2 то 6 варианти ҷавобҳои пешниҳод шудааст. Барои мувофиқи шкала ҳисоб кардан аз алгорит-

ми стандартӣ “шкалаи Ликерт” бо диапазони аз 0 (нишондоди минималӣ) то 100 балл (максималӣ) истифода шуд, ки бо солимии пурра мувофиқат мекунад. Мо беморонро дар рӯзи дохил шуданашон пурсиш гузарондем. Баъдан дар қабули такрорӣ баъди 3 моҳ пурсиш гузаронида шуд. Саволнома ба 12 бахш ҷудо карда шуд: ҳолати умумии саломатӣ (ҲУС). Баҳодиҳии умумии босира (БУБ). Дарди чашм (ДЧ). Функсияҳои бинӣ дар наздикӣ (ФБН). Функсияҳои бинӣ дар дур (ФБД), фаъолияти иҷтимоӣ (ФИ), солимии равонӣ (СР), мушкилоти нақши (МН). Вобастагӣ аз ёрии бегона (ВЁБ), рондани мошин (РМ), бинии ранга (БР), бинии канорӣ (БК). Дар 20 нафари гурӯҳи асосӣ таҳқиқоти сифати ҳаёт гузаронида шуд. Синну соли беморон аз 26 то 76 сол буда, ба ҳисоби миёна 53 солро ташкил дод. Мардҳо 9 (45%) ва 11 (55%) буданд. Сокинони деҳот 8 (40%) ва шаҳр 12 (60%) буданд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо. Балли аз ҷиҳати максималӣ имконпазир 2500 балро ташкил дод. То ҷарроҳии КТ ДЦК маҷмӯи умумии миёнаи балҳо ба як бемор 245,5 (аз 75 то 520) –ро ташкил дод, ки ин аз сатҳи ниҳоят пастӣ ҳаёт дарак медиҳад (Расми №1).

Расми №1.- Сифати ҳаёти беморон то ва пас аз ҷарроҳӣ.





Маҷмӯи баллҳои беморон то ҷарроҳӣ дар баҳши ХУС - 0 балл, дар баҳши БУБ -360 балл, ДЧ-50, ФБН-100, ФБД-50, ФИ-0, БК-1450, МН-325, ВЁБ-1125, МР-1500, БР-0 ва БК низ 0 баллро ташкил доданд.

Пас аз се моҳи гузаронидани циклокоагулятсияи тамосии транссклеравии диод-лазерӣ (СКТДЛ) беморон аз нав пурсида шуданд, тибқи саволномаи NEI – VFQ – 25 (National Eye Institute Visual Functioning Questionnaire – 25) пурсида шуданд. Натиҷаҳои пурсиш дар расмҳои №1 оварда мешавад.

Балли имконпазири максималӣ 2500 баллро ташкил дод. Пас аз гузаронидани циклокоагулятсияи тамосии транссклеравии диод-лазерӣ (СКТДЛ) суммаи миёнаи баллҳо дар як бемор 1631, 25 (аз 535 то 2365)-ро ташкил дод, ин аз он гувоҳӣ медиҳад, ки си-

фати ҳаёт ба таври эътимоднок беҳтар шуд (ба ҳисоби миёна то 1385, 75 балл).

Маҷмӯи баллҳои беморони гурӯҳи асосӣ пас аз ҷарроҳӣ оид ба баҳши ХУС -1475 балл, БУБ-500, ДЧ –3800, ФБН- 4425, ФБД-3475, ФИ- 2575, БК- 5525, МН-2450, ВЁБ-4275, МР-2150, БР-1350 ва БК низ 952 балро ташкил дод.

Хулоса. Ҳамин тавр, беҳтаршавии сифати ҳаёти беморонро аз рӯи баҳшҳои зерин қайд кардан мумкин аст: Ҳолати умумии саломатӣ (ХУС), Баҳодиҳии умумии биноӣ (БУБ), Дарди чашм (ДЧ), Функсияҳои биноии наздикбинӣ (ФБН), Фаъолияти иҷтимоӣ (ФИ), Солимии рӯҳӣ (СР), Мушкилоти нақшӣ (МН), Вобаста гӣ аз ёрии бегонагон (ВЁБ), Рондани мошин (РМ), Биноии ранга (БР), Биноии канорӣ (БК).

Адабиёт

1. Заболеваемость всего населения в 2018 году с диагнозом, установленным впервые в жизни. Статистические материалы. Часть I. [М.], 2019. URL: <https://mednet.ru/miac/meditsinskaya-statistika> (дата обращения 15.12.2019).
2. Алексеев В.Н. Исследование качество жизни больных с первичной открытоугольной глаукомой./ Алексеев В.Н., Малеванная О.А// Клиническая офтальмология -2003; №3.С 113-115.
3. Алексеев В.Н. Психозмоциональные и вегетативные изменения - составляющие патологического процесса у больных с сосудистыми оптическими и глаукомными нейропатиями. Алексеев В.Н., Лысенко О.И. Клиническая офтальмология-2014; №14(3): С 121 - 123.
4. Tham Y.C. Global prevalence of glaucoma and projections of glaucoma burden through 2040: a systematic review and meta-analysis / Y.C. Tham [et al.] // Ophthalmology. 2018; 121(11), P. 2081-2090.
5. Scott IU, Quality of life of lowvision patients and the impact of lowvision services/Scott IU, Smiddy WE, Schiffman J, Feuer WJ, Pappas CJ// Amer. J. Ophthalmol- 2012;№128:P 54-62.
6. Rossetti L., et al. Blindness and Glaucoma: A Multicenter Data Review from 7 Academic Eye Clinics/ Rossetti L., Digiumi M., Giovanni M// PLoS ONE- 2015; №10(8): P 136632.
7. Park H.Y., Disc torsion and vertical disc tilt are related to subfoveal scleral thickness in open-angle glaucoma patients with myopia./Park H.Y., Choi S.I., Choi J.A., Park C.K// Invest Ophthalmol Vis Sci-2015; №56(8): P 4927 - 4935.

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ГЛАУКОМОЙ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ЦИКЛОФОТОКОАГУЛЯЦИИ

Ш.К. Махмадзода¹, Х.Дж. Карим-заде¹, М.Х. Маликов², И.А. Юнусов³, Б.Н. Шамсиддинов⁴

В данной статье приведены результаты исследования качества жизни после применения транс-склеральной диод-лазерной циклофотокоагуляции у больных с различными видами глаукомы. Всего было исследовано

20 больных. Мужчин было – n=9 (45%), женщин n=11 (55%). Возраст колебался от 26 до 76 лет, в среднем 53. Городских жителей было n=12 (60%), жителей села было n=6 (40%). Теоретически возможный максималь-

ный бал составлял 2500. До операции КТДЦК средняя сумма баллов на одного больного составляла 245,5 (варьировала от 75 до 520), что свидетельствует об очень низком уровне качества жизни. После проведения КТДЦК средняя сумма баллов на одного больного составлял 1631,25 (варьировал от 535 до 2365), что свидетельствует о том,

что качество жизни достоверно улучшилась (в среднем на 1385,75 балла). Таким образом, было установлено, что применение данного метода у больных с глаукомой эффективно достоверно повышает качество жизни.

Ключевые слова: глаукома, качество жизни, циклофотокоагуляция, внутриглазное давление.

STUDY OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH GLAUCOMA AFTER CYCLOPHOTOCOAGULATION

This article presents the results of a study of the quality of life after the use of trans-scleral diode-laser cyclophotocoagulation in patients with various types of glaucoma. A total of 20 patients were studied. There were n=9 men (45%), n=11 women (55%). Age ranged from 26 to 76 years old, 53 on average. There were n=12 (60%) urban residents, n=6 (40%) rural residents. Theoretically, the maximum possible score was 2500. Before the operation, the average score per patient was 245.5 (ranged

from 75 to 520), which indicates a very low level of quality of life. After CPC, the average score per patient was 1631.25 (varied from 535 to 2365), which indicates that the quality of life has significantly improved (on average by 1385.75 points). Thus, it was found that the use of this method in patients with glaucoma effectively significantly improves the quality of life.

Key words: Glaucoma, quality of life, cyclophotocoagulation, intraocular pressure

Махмадзода Шамсулло Қурбон, н.и.т., дотсент, мудири кафедраи офталмологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино», Тел. (+992) 918 63 68 36. E-mail: shamsullo-@mail.ru

Шамсиддинов Бобоназар Насриддинович, д.и.т., дотсент, мудири кафедраи бемориҳои гушӯ гулӯ ва бинӣ, МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустӣ Ҷумҳурии Тоҷикистон».

Юнусов Исломиддин Айниддинович, д.и.т., дотсент, мудири кафедраи травматология ва ортопедияи МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино».

Маликов Мирзобадал Халифаевич, д.и.т., дотсент, мудири кафедраи бемориҳои ҷарроҳии № 2, МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Карим-заде Ҳакима Ҷанговаровна, н.и.т., дотсенти кафедраи офталмологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино».

Мирзоев Сафарали Мирзоевич – н.и.т., дотсент, мудири кафедраи бемориҳои ҷашм, МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустӣ Ҷумҳурии Тоҷикистон».

Махмадзода Шамсулло Курбон, к.м.н., доцент, заведующий кафедрой офтальмологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» Тел. (+992) 918 63 68 36. E-mail: shamsullo-@mail.ru

Шамсиддинов Бобоназар Насриддинович, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой болезни уха, горло и носа ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Юнусов Исломиддин Айниддинович, д.м.н., доцент заведующий кафедрой травматологии и ортопедии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

Маликов Мирзобадал Халифаевич, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой хирургических болезней № 2 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

Карим-заде Ҳакима Ҷанговаровна, к.м.н., доцент кафедры офтальмологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»



Мирзоев Сафарали Мирзоевич - кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой глазных болезней государственного образовательного учреждения «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан

Mahmadzoda Shamsullo Kurbon, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Ophthalmology, ATSMU named after Abuali Ibni Sino Tel. (+992) 918 63 68 36. E-mail: shamsullo-@mail.ru

Shamsiddinov Bobonazar Nasriddinovich, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Ear, Nose and Throat Diseases of the State Educational Institution “Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan”

Yunusov Islomiddin Ayniddinovich, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Traumatology and Orthopedics, ATSMU named after Abuali Ibni Sino

Malikov Mirzobadal Khalifaevich, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Surgical Diseases No. 2, State Educational Institution “TSMU named after Abuali Ibni Sino”

Karim-zade Khakima Dzhangovarovna, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Ophthalmology, State Educational Establishment “TSMU named after Abuali Ibni Sino”

Mirzoev Safarali Mirzoevich - candidate of medical sciences, associate professor, head of Ophthalmology department of State Educational Institution “Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan”.

СТОМАТОЛОГИЯ

ПАҲНШАВИИ БЕМОРИҲОИ ПАРДАИ ЛУОБИИ КОВОКИИ ДАҲОН ДАР КОРМАНДОНИ ИСТЕҲСОЛИ АЛЮМИНИЙ

Юсупов З.Я.

Пажуҳишгоҳи илмӣ-таҳқиқотии стоматология ва ҷарроҳии чоғу рӯй, кафедраи беҳдошт ва экологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Муҳиммият. Статуси стоматологии коргарони дар муассисаҳои саноатӣ-истеҳсолӣ машғули кор аз нисбат ба риоя намудани беҳдошти инфиродии даҳон хунукназарӣ кардан, паст будани сатҳи фарҳанги санитарӣ ва ҳавасманд набудан аз пешгирӣ намудани бемориҳои стоматологӣ ва беҳдошти ковокии даҳон иборат аст. Дар байни коргарони муассисаҳои саноатӣ-истеҳсолӣ, ба андешаи мутахассисон [6, 7], бояд корҳои санитарӣ-маърифатӣ гузаронида ва барномаҳои омӯзишӣ оид ба беҳдошти инфиродӣ ва касбии ковокии даҳон татбиқ карда шавад. Тибқи маълумоти муаллифони [1, 5], душвории муайян дар ҳаллу фасл кардани вазифаҳои такмил додани ёрии стоматологӣ ба коргарони муассисаҳои дорои шароити хатарноки кор аз нишондиҳандаҳои баланди беморшавии узвҳо ва бофтаҳои ковокии даҳон ва сатҳи баланди эҳтиёҷмандӣ ба хизматрасонии босифати стоматологӣ рабт дорад. Ба андешаи муаллифони дар боло зикршуда, таъсири дарозмуддати комплекси омилҳои нохуби муассисаҳои саноатӣ-истеҳсолӣ ҳамзамон боб ад шудани саломатии умумии коргарон, маъмулан, метавонад ба бемориҳои бофтаҳои саҳти дандонҳо ва пародонт, ҳамчунин тағйиротҳои патологӣ-ипардаи луобии ковокии даҳон оварда расонад.

Ба татбиқи усулҳои гуногуни табобат ва профилактикаи бемориҳои асосии стоматологӣ дар коргарони дорои шароити хатарноки корӣ нигоҳ накарда, сатҳи паҳншавии онҳо баланд боқӣ мемонад [2, 4]. Ин аз зарурати коркард ва татбиқ намудани барномаҳои нави чорабинӣҳои табобатӣ ва профилактикии стоматологӣ бо назардошти таъсири бевоситаи омилҳои зарарноки мушаххас ба пардаи луобии узвҳо ва бофтаҳои ковокии даҳон дар истеҳсоли алюми-

нийро ба миён меоварад.

Мақсади таҳқиқот. Омӯхтани басомади паҳншавии бемориҳои пардаи луобии даҳон, ки минтақа ва дарвозаи воридшавии сироятҳо ба ҳисоб меравад, аввалин шуда, таъсири омилҳои истеҳсоли алюминийро дарк мекунад.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Мо статуси стоматологии 494 коргарони заводи алюминии Ҷумҳурии Тоҷикистонро омӯхтем. Гурӯҳи асосиро (311 нафар) шахсоне ташкил карданд, ки доимо бо омилҳои зараноки истеҳсоли алюминий тамос доштанд. Беморони таҳқиқшудаии гурӯҳи назоратӣ (183 нафар) бин омилҳо тамос надоштанд. Ҳангоми муайян кардани бемории пардаи луобии ковокии даҳон мо критерияҳои зеринро ба кор бурдем: унсурҳои морфологии осебҳои аввалия ва дувумӣ, шаклҳои нозологӣ, давомнокии беморӣ, чинс, синну соли корагрон, собикаи корӣ дар ҳамин муассиса, вучуд доштани бемориҳои умумии соматикӣ.

Бо мақсади систематизатсияи шаклҳои нозологии бемориҳои муайянкардашудаи пардаи луобии ковокии даҳон мо таснифи академик В. К. Леонтев бо ҳаммуаллифони истифода намудем [3]. Ҳангоми ташхиси клиникии шаклҳои патологӣ пардаи луобии ковокии даҳон хусусиятҳои унсурҳои осеб, мавқеъ ва ранг, басомади ретсидивҳо ва муҳлати ремиссия баҳогузорӣ карда шуд.

Маълумотҳои рақамие, ки ҳангоми таҳқиқоти клиникии беморон ба даст оварда шудаанд, ба картаҳои таҳиянамудаи муоинаи ковокии даҳон ворид карда шуданд. Маводи рақамӣ бо ёрии барномаи махсуси компютерӣ бо муқаррароти асосии омори вариатсионӣ коркард шудаанд. Дар ин маврид нишондодҳои миёнаи арифметикӣ, ғалатҳои миёнаи арифметикӣ, нишондиҳан-



дахои тағйирпазирии инисбӣ ва мутлак хисоб карда шуданд. Муҳиммияти фарқиятҳои байни нишондодҳо мувофиқи бузургии критерияи эътимоднокии Студент баҳогузорӣ карда шуд. карда шуд. атичаҳо ҳангоми $p < 0,05$ будан, боэътимод ё саҳеҳ хисобида шуданд.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Маълумотиҳои дар таҳқиқот овардашуда нишон доданд, ки тағйиротиҳои патологияи дар 184 (43,7%) нафари гурӯҳи асосӣ ва дар 70 (14,2%) бемори таҳқиқшудаи гурӯҳи назоратӣ муайян карда шуд.

Дар коргарони истехсоли арзиз дар байни осебҳои пардаи луобии ковокии даҳон бештар хейлитҳо (22,5%) таъхис карда шуд, ки асосан бо шароити метеорологӣ ва ҳамчунин кафидагиҳои музмини лабҳо вобаста буданд. Коргарон асосан аз кафидагии лабҳо, ки дер сӯхат мешаванд ва ҳангоми даст расонидан эҳсосоти дардмандӣ пайдо мешавад, аз пӯлакчаҳо ва қарахшҳои хушкӣ онҳо шикоят мекунанд. Ҳангоми муоина кардани ҳошияи сурх дар байни коргарон қарахш ва пӯлакчаҳои зарду шаффофӣ тунук ва хушк муайян карда шуд, ки ҳангоми гирифта партофтани онҳо сатҳи пӯст урён ва хуншор мешавад. Кафидагиҳои ла-

бҳо аксаран тоқа-тоқа ва амиқ буданд қанорҳои саҳт доштанд, бо қарахшҳои зардча пӯшонидида шуда буданд. Дар байни нафарони гурӯҳи назоратӣ аҳамияти нозологияи муайянкардашуда ба 12,0% баробар буд (ҷадвали 1).

Дар ашхоси гурӯҳи асосӣ аксар вақт кандидоз низ дида шуд (17,4%), ки дар байни онҳо шаклҳои гиперпластикии атрофӣ бартарӣ доштанд, дар гурӯҳи назоратӣ аҳамияти нозологияи маъкур 7,7%-ро таъхил дод. Ба андешаи мо, кандидози ковокии даҳон дар гурӯҳи асосӣ пешакӣ муайян карда шуд, ки аз хусусиятҳои истехсолот ва мавҷуд будани микдори зиёди занбурӯғҳо дар гарду ҷанги алюминий вобаста аст.

Таҳлили ҷиддии беморшавӣ имконият дод, ки мо кандидози ковокии даҳонро дар коргарони истехсоли алюминий ба категорияи бемориҳои касбӣ ворид созем, ки ба хусусиятҳои истехсолот алоқаманд ҳастанд. Дар байни нафарони таҳқиқшуда кандидози ковокии даҳон ба твари субъективӣ дар шакли сӯзиш, хориш, хушкӣ зоҳир мешавад. Аз лиҳози клиникӣ хушкӣ, ҷаспидагӣ, бўйи бад аз даҳон, гиперемияи пардаи луобии он, вучуд доштани қабати бўру зардча дар сатҳи дорсалии забон ба мушоҳида расид.

Ҷадвали 1. – Манзараи умумии шаклҳои нозологияи пардаи луобии ковокии даҳон дар коргарони саноати арзиз.

Шаклҳои нозологӣ	Гурӯҳи асосӣ (n=311)		Гурӯҳи назоратӣ (n=183)		Ҳамагӣ (n=494)	
	мутл.	%	мутл.	%	мутл.	%
Хейлит	70	22,5	22	12,0	92	18,6
Кандидоз	54	17,4	14	7,7	68	13,8
Лейкоплакия	27	8,7	10	5,5	37	7,5
Глоссит	22	7,1	19	10,4	41	8,3
Осебҳои герпетикӣ	4	1,3	2	1,1	6	1,2
Номияҳо	4	1,3	1	0,5	5	1,0
Стоматит	2	0,6	1	1,1	4	0,8
Дигарҳо	1	0,3	-	-	1	0,2
Ҳамагӣ	184	37,3	70	14,2	254	51,4

Дар коргароне, ки дар истехсоли алюминий собиқаи кории кам доранд, бузургшавии компенсатории нӯғҳои ғадудҳои хурди луобӣ ва дар баъзе ҷаъгарони дорои собиқаи зиёди корӣ дар ин соҳа атрофияи пистонакҳои забон ба мушоҳида расид.

Лейкоплакия дар коргарони истехсоли ин соҳа (8,7%) дар таҳқиқоти мо асосан дар ку-

нчи даҳон ва рухсора, дар хатти расиш ва баъзан дар забон ва лабҳо дида шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқоти мо аз маълумотиҳои як идда муаллифон [3], ки лейкоплакияро дар 7,6%-и коргарони истехсоли ин соҳа муайян карда буданд, баландтар буд. Дар байни шахсони таҳқиқшуда шаклҳои оддӣ ва веррукозӣ ба ҷашм расид, тамоюл ба му-

айянкунии лейкоплакии коргарони синну соли чавонтар ба мушохида расид. Чунин беморон аксар вақт шикоят субъективӣ надоштанд, ба таври объективӣ дар онҳо папулаҳои сафедранг дида мешавад, ки каме аз сатҳи пардалубӣ баландтар меистанд. Папулаҳо контури мушаххас доштанд, ҳангоми харошидан ҷудо намешаванд, гиперемияи илтиҳобии возеҳи пардаи лубии атрофии онҳо дида намешавад.

Дар байни коргарони соҳаи зикршудаи саноатӣ аз ҷумлаи бемориҳои забон шаклҳои десквамативии глоссит, дар якҷоягӣ бо чиндории забон бартарӣ дошт. Ҳангоми мавҷуд будани нозологияи зикршуда дар шахсони гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ (мутаносибан 7,1% ва 10,4%) нафарони таҳқиқшуда аз сӯзиш, ларзиш, эҳсосоти дардноки забон ва дигар мавзӯҳои дардноки пардаи лубии ковокии даҳон шикоят мекарданд. Ба таври объективӣ мавзӯҳои ивазшавии дескваматсияи эпителия ва гипертрофияи пистонакҳои забон муайян карда шуд ва дар ин маврид зухуроти илтиҳобӣ ба назар нарасид.

Дар маҷмӯъ, нишондихандаи миёнаи шаклҳои нозологии тағйироти пардаи лубии ковокии даҳон дар нафарони гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ мутаносибан 37,3% ва 14,2%-ро ташкил дод ҳангоми ҳолати солими статуси мукологӣ 62,7% ва 85,8% дар байни гурӯҳҳои таҳқиқшуда.

Осебҳои герпетикӣ, номияҳо, стоматитҳо ва дигар шаклҳои осебҳои ковокии даҳон дар миқдори ками таҳқиқшудагони ҳам гурӯҳи асосӣ (мутаносибан 1,3%, 1,3%, 0,6% ва 0,3%), ҳам гурӯҳи назоратӣ (мутаносибан 1,1%, 0,5%, 1,1% ва вучуд надоштани дигар шаклҳои нозологӣ) ба мушохида расид.

Таҳқиқоти анҷомдодаи мо нишон дод, ки шаклҳои нозологии тағйироти пардаи лубии ковокии даҳон дар коргарони истеҳсоли алюминий аз ҳамин гуна шаклҳои нозологии шахсоне, ки ибтидо омилҳои зарарноки ҳамаин соҳа тамос надоштанд, фарқ мекарданд. Чунин, хусусиятҳои патологияҳо дар шахсони таҳқиқнамудаи мо музмин, бемориҳои суст пешраванда, набудани симптомҳои возеҳ, баланд шудани дараҷаи возеҳии онҳо бо зиёд гаштани давомнокии тамос бо зарарнокиҳои махсуси касбӣ-истеҳсолӣ, ҳамчунин таъсири бевоситаи маҳдуди омилҳои ногувори истеҳсоли алюминий ба пардаи лубии ковокии даҳон ба шумор мераванд.

Хулоса. Паҳншавии бемориҳои пардаи лубии ковокии даҳон коргарони истеҳсоли алюминий хеле баланд аст. Дар асоси маълумотҳои таҳқиқот коркард ва татбиқ намудани чорабиниҳо ҷиҳати пешгирӣ ва табобати шаклҳои нозологии гуногуни бемориҳои пардаи лубии ковокии даҳон зарур аст.

Адабиёт

1. Бронштейн Д.А., Олесов А.Е., Шаймиева Н.И. Клинико-экономическая эффективность профессиональной гигиены полости рта у молодых работников предприятий с опасными условиями труда // Стоматология для всех. 2014. № 1. С. 43-45.
2. Деньга О.В., Ефремова О.В., Деньга Э.М. Комплексная профилактика и лечение основных стоматологических заболеваний у работников химического производства // Вісникстоматології. 2014. № 4. С. 14-17.
3. Леонтьев В.К., Данилевский Н.Ф., Несин А.Ф. Заболевания слизистой оболочки полости рта. М, 2001. 271 с.
4. Ражабов О.А., Турдиев М.Р., Сохибова З.Р. Сравнительная характеристика изменений состояния органов полости рта рабочих и населения до и после проведения оздоровительных мероприятий // Российская стоматология. 2016. № 1. С. 112.
5. Узунян Н.А., Дзаурова М.А. Уровень стоматологической гигиены у работников промышленного предприятия по данным анкетирования // Российская стоматология. 2016. № 2. С. 97.



6. Усманова И.Н., Кабирова М.Ф., Усманов И.Р. Дифференциальная диагностика воспалительных заболеваний пародонта по состоянию локальных факторов неспецифической защиты полости рта у лиц молодого возраста, проживающих в регионе с неблагоприятными факторами окружающей среды // Клиническая стоматология. 2012. № 1. С. 66-68.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У РАБОТНИКОВ АЛЮМИНИЕВОГО ПРОИЗВОДСТВА

Юсупов З.Я.

Кафедра гигиены и экологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

Цель исследования. Изучить частоту распространения заболеваний слизистой оболочки полости рта.

Материал и методы. У 494 работника алюминиевого завода изучен микологический статус. Основную группусоставили лица, постоянно контактирующие с вредными факторами алюминиевого производства (311 чел.). Обследованные контрольной группы (183 чел.) не контактировали с вредными факторами алюминиевого производства. При выявлении заболеваний слизистой оболочки полости рта были использованы следующие микологические параметры: морфологические элементы поражения слизистой полости рта, их нозологические формы, длительность заболеваний, пол, возраст работников, стаж работы на алюминиевом предприятии, наличие соматических заболеваний среди работников.

Результаты. Установлена высокая распространенность заболеваний слизистой оболочки полости рта средилиц, занятых в данной отрасли промышленности. Анализ результатов исследования позволил отнести кандидоз полости рта и заболевания губ к категории профессиональных поражений, связанных с характером производства.

Заключение. Особенности патологии слизистой полости рта у работников алюминиевого производствабыли хроническое, медленно прогрессирующее течение заболеваний, отсутствие ярко выраженных клинических симптомов и повышение степени их выраженности по мере увеличения продолжительности контакта спроизводственными вредностями.

Ключевые слова: слизистая оболочка полости рта, алюминиевое производство, вредный фактор, стаж работы, соматическаяпатология

PREVALENCE OF DISEASES OF THE ORAL MUCOSA IN ALUMINUM PRODUCTION WORKERS

Yusupov Z.Y.

Department of hygiene and ecologies of the Avicenna Tajik State Medical University

Aim. Study the frequency of the spreading the diseases of the mucous of oral cavity, being input winch to infectionsand the first zone on influence factors of aluminum production.

Material and methods. Beside 494 workman of the aluminum plant studied mycology status. Main group formed the person, constantly contacting with bad factors of aluminum production (311 person). Examined of checking group (183 person.) did not contact with bad factors of aluminum production. When revealing the diseases of the mucous of oral cavity were use following

mycology parameters: the morphological elements of the defeat mucous of oral cavity, their forms, duration of the diseases, sex, age workman, length of service of the work on aluminum enterprise, presence of the somatic diseases amongst workman.

Results. Will installed high prevalence diseases of the mucous of oral cavity amongst persons, occupied in givenbranches of industry. Analysis result studies have allowed referring candied of oral cavity and diseases of the lips to categories of the professional defeats, in accordance with nature production.



Conclusion. Particularity the pathology of oral cavity mucous beside our examined were chronic, slowly progressing current of the diseases, absence brightly expressed clinical symptom симптомов and increasing degree their denominate

on measure of the increase to length of the contact with bad factor's production.

Key words: mucous of oral cavity, aluminum production, bad factors, length service of the work, somatic pathology

Юсупов Зариф Якубҷонович – Институти илмӣ-клиникии стоматология ва ҷарроҳии ҷоғу рӯй, номзади илмҳои тиббӣ, ходими илмӣ. Суроға: 734026, Ҷумҳурии Тоҷикистон, шаҳри Душанбе, кӯчаи Хучандӣ, 13. Телефон: (992) 919177239

Юсупов Зариф Якубджанович – Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, к.м.н., научный сотрудник. Адрес: 734026, Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. Худжанди, 13. Телефон: (992) 919177239

Yusupov Zarif Yakubdzhanovich – Scientific clinical institute of dentistry and maxillofacial surgery, Candidate of Medical Sciences, scientific employee. Address: 734019, Republic of Tajikistan, Dushanbe, 13 Khudjandist. Phone: (992) 919177239



ТИББИ НАЗАРИЯВӢ

БЕҲБУДИ ОЗМОИШГОҲҶОИ МИКРОБИОЛОГӢ ДАР СИСТЕМАИ НАЗОРАТИ ИНФЕКЦИОНӢ БАРОИ ПЕШГИРӢ ВА ТАБОБАТИ УФУНАТҶОИ БЕМОРИСТОНӢ ДАР БЕМОРИХОНАҶО МУШАҲАСОТИ ҶАРРОҶӢ

Рузиев М.М.¹, Кенчаева И.А.², Ҷураев Х.М.³

1. Муассисаи давлатии “Институти тадқиқоти илмии тиббии профилактикии Тоҷикистон» ВТ ва ҲИА ҚТ; 2. Кафедраи микробиология, иммунология ва вирусология, Муассисаи давлатии таълимии «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино»; 3. Маркази ҷумхуриявии клиникии ортопедӣ ва травматологӣ

Муҳиммият. Бо вучуди муваффақият дар кӯмакҳои амалияи охири асри 20, мушкили уфунатҳои бемористонии сирояткунанда торафт аҳамияти тиббӣ касб мекунад: уфунатҳои бемористонӣ, ба монанди пневмонияи нозокиалӣ, остеомиелит, перитонит, сепсис ва як қатор шаклҳои дигари нозологӣ, ҳатто бо истифодаи охирин навъи антибиотикҳои самарабахш, аксар вақт ба марг оварда мерасонанд. Ғайр аз он, ҳар сол ба соҳаи тандурустӣ даҳҳо миллион доллар зарари иқтисодӣ расонида мешавад. Ҳамин тавр, ба гуфтаи муҳаққиқони амрикоӣ, ҳарчи табобати як бемор бо уфунатҳои бемористонӣ, ки дар натиҷаи стефилакоки аугеуси тобовар ба метициллин ба вучуд омадааст, дар як беморхона ба 31,400 доллар мерасад [1, 2, 3].

Ҳатто таҳлили сатҳии тамоюлҳои асосии рушди авзои эпидемиологӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон нишондиҳандаи беҳбудии назаррас дар фаъолияти муассисаҳои тиббиро нишон медиҳад [4].

То ба имрӯз, усули асосии мубориза бо уфунатҳои бемористонӣ дар беморхонаҳо ҷораҳои зиддиэпидемиологӣ ба ҳисоб мераванд.

Айни замон бо мақсади тақмили онҳо, корҳои зиёд анҷом дода шудааст:

- таъсис додани бахшҳои назоратии марказҳои назорати санитарӣ-эпидемиологӣ.
- ҷойгир кардани эпидемиологҳои бемористон дар беморхонаҳо.
- татбиқи системаи назорати эпидемиологии кишвар.
- ҷорӣ намудани шаклҳои прогрессивии кор дар муассисаҳои акушерӣ (будубоши муштараки модару кӯдак, ҷафс намудан ба қафаси сина, зудтар рухсат шудан ва ғайра).

- эътибори муҳофизатҳои ҷалбшаванда.
- ташкили системаи муҳофизат аз қормандони тиб дар баробари уфунатҳои бемористонӣ (сирояти нозокомиалӣ) ва ғайра.

[5] Таҳлили корҳое, ки дар адабиёт [6, 7] во-баста ба ин мушкилот дарҷ шудааст, нишон медиҳад, ки имрӯз эпидемиологҳои беморхона асосан ба назорат тамарқуз мекунад:

- қоркарди дасти қормандон ва ашъи муҳити бемористон;
- истифодаи ашъи техникаи инвазивӣ

Бо вучуди ин, танҳо аз рӯи маълумоти расмӣ, дар Русия ҳамаасола 40-60 ҳазор нафар аз уфунатҳои бемористонӣ сироят меёбанд [5]. Тибқи маълумоти аз беморхонаҳои Душанбе гирифташуда, мизони гирифтори ба уфунатҳои бемористонӣ дар беморхонаҳо 4,4% -ро ташкил медиҳад, аммо дар асл он бештар аст. [4]

Ба гуфтаи бисёре аз қоршиносон, дар стратегияи мубориза бо уфунатҳои бемористонӣ, ки метавонанд ба вазъи мавҷуда таъсир расонанд, тағйироти амиқ лозиманд. Аён аст, ки дар баробари тақмил додани ҷорабиниҳои зиддиэпидемикӣ, бояд ба ҷанбаи клиникӣ ва микробиологии ин мушкилот таваҷҷуҳ зоҳир карда шавад.

Имрӯзҳо ба таври қонеъкунанда исбот шудааст, ки дармони беасоси антибиотик ба ташаккули маҷозии штампҳои бемористонӣ ба доруҳои баланд тобовар бо хусусиятҳои афзункунандаи вирусӣ мусоидат мекунад, ки дар баробари рушди эпидемия мубориза бо онҳо душвортар мегардад. Дар айни замон, баҳо додан ба динамикаи паҳншавии муқовимат дар байни штампҳои гуногуни беморхонаҳо бисёр душвор аст,

зеро ханӯз як системаи миллӣ барои назорати уфунатҳои бемористонӣ таъсис дода нашудааст [6, 8].

Меҳоҳам як бори дигар таъкид кунам, ки мо ба дониши систематикӣ дар мавриди амали антибиотикҳо дар як ҳучайраи микробӣ, механизмҳои муқовимат, принсипҳои, ки ҳангоми интихоби табобати якҷоя бо антибиотикҳо ва таъсири антибиотикҳо ба бадан бояд риоя карда шаванд, ниёз дорем. Бидуни чунин дониш, ба натиҷаҳои хуби табобатӣ ноил шудан ғайриимкон аст [9].

Мутаассифона, ханӯз ҳам амалияи системаи дохилии назорати сироят бо усули кӯҳна анҷом мешавад, ки дар он диққати асосӣ ба чораҳои маъмуриё, ки иҷрои талаботи стандартҳои санитарӣ ва гигиенаро татбиқ мекунанд, равона шудааст, ҳол он ки аксарияти онҳо қайҳо боз истифода намешаванд.

Ҳамин тариқ, масъалаҳои зикршуда собит мекунанд, ки айни замон соҳаи тандурустии ватанӣ ба навъҳои гуногуни системаи назорати сироят ниёз дорад, ки метавонад мушкilotи уфунатҳои бемористониро бомуваффақият ҳаллу фасл кунад [12].

Мақсади таҳқиқот. Беҳтар кардани озмоишгоҳҳои микробиологӣ ва мониторинги микроорганизмҳо барои беҳтар кардани системаи назорати сироят ба уфунатҳои бемористонӣ дар беморхонаҳои ҷарроҳӣ.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Имрӯз, чун қоида, аксарияти табибон ва роҳбарони беморхонаҳо, хусусан онҳое, ки мушахасоти сироятӣ надоранд, дар бораи имкониятҳои хидмати микробиологӣ бемористон тасаввуроте надоранд ва аксар вақт муайян кардани он, ки кадом вазифаҳо бояд анҷом ёбанд ва ҳангоми таҳқиқоти микробиологӣ чиро бояд интизор шаванд, душвор аст. Яке аз нуқтаҳои асосии манфӣ эътимоди қавии аксари пизишкон мебошад, ки таъкиддоранд натиҷаҳои омӯзиши бактериологиро на камтар аз як ҳафтаи фиристодани маводи клиникаи бемор ба озмоишгоҳ гирифтани мумкин аст. Дар айни замон, қисми зиёди таҳқиқоти бактериологӣ метавонанд дар муддати 48-72 соат гузаронида шаванд [13].

Муҳимтарин дастоварди таҳқиқоти микробиологӣ дар тамоми системаи хизматрасонии озмоишгоҳҳои клиникаро метавон дар он ҳисобид, ки натиҷаҳои таҳлили онҳо на танҳо барои беморе, ки ҳудашон санҷианд, балки барои беморони гирду атроф, шӯъба ва ҳатто ҳуди беморхона метавонанд муҳим ва ҳаётӣ бошанд [14].

Аз нуқтаи назари эпидемиологияи беморхона, одатан аз назари клиникӣ оризаҳои микробии бемор зиёд хос нест, аммо бархе аз хусусиятҳои биологӣ штампи патогенӣ қобили таваҷҷуҳ аст. Ин муқовимати бисёркаратаи доруҳо дар баробари штамҳои бактерияҳои грам-манфӣ ва муқовимат ба стафилококки метициллин (оксациллин) ё муқовимати энтерококк ба ванкомицин аст. Аломати муҳимтарини фишори эпидемиологӣ дар ин беморхона, хусусан зиёд нигоҳ доштани чунин штамҳои бактерияҳо, дар он мебошад, ки метавонад боиси пайдоиши уфунати бемористонӣ гардад. Аз ин бармеояд, ки таҳқиқоти бактериологӣ дар беморхона бояд дар ҳама беморони бо аломатҳои бемории этиологияи микробӣ, гузаронида шаванд [10].

Хусусияти таҳқиқоти микробиологӣ се самти асосии фаъолияти озмоишгоҳи микробиологӣ клиникаро дар ҳама гуна беморхонаҳо муайян мекунанд:

1. Омӯзиши маводи клиникӣ аз беморони бо нишонаҳои бемории этиологияи микробӣ ва гузаронидани таҳқиқоти санитарӣ-бактериологӣ муҳити зист дар беморхона.

2. Арзёбии вазъи эпидемиологӣ дар шӯъбаҳои беморхона дар асоси таҳлили натиҷаҳои таҳқиқоти бактериологӣ маводи клиникаи беморон дар муддати муайян, инчунин тибқи маълумоте, ки аз таҳқиқоти санитарӣ-бактериологӣ шӯъбаҳо дар ҳамин давра гирифта шудаанд.

3. Иштирок дар таҳияи тактикаи истифодаи доруҳои химиотерапевтӣ мутобиқи маълумот дар бораи патогенҳои уфунатҳои бемористонӣ, ки дар беморхона бароварда шудаанд ва динамикаи тағирёбии ҳассосияти онҳо ба доруҳои бактериявӣ [11].

Меҳостам дар ин самт муфассалтар таваккуф кунам. Муҳимтарин шарти дурус-



тии таҳқиқоти бактериологӣ, мавҷудияти таҷҳизоти замонавии лабораторӣ, маводи стандартӣ ва стандартҳои тасдиқшудаи таҳқиқот мебошад. Марҳилаҳои асосии таҳқиқи микробиологӣ ин ё он маводи клиникӣ иборатанд аз:

- гирифтани, интиқол ва ваксина кардани маводи клиникӣ дар ғизои муносиб;
- фароҳам овардани шароити зарурӣ барои гирифтани ҳосил;
- мутобиқи таксономияи ҳозиразамони микроорганизмҳо муайян намудани намунаҳои фарҳангҳои интиҳобшуда;
- ба таври стандартӣ навиштани штаммҳои ҷудошудаи микроорганизмҳо ва нигоҳдории муҳимтарини онҳо;
- дуруст муайян кардани ҳассосияти антибиотик аз штаммҳои ҷудошуда;
- ҷавобҳои расонидани ҷавобҳои стандартӣ;
- нигоҳдорӣ ва дастрасӣ ба таҳлили маълумотҳои таҳқиқоти микробиологӣ барои муддати зиёд.

Меҳостам дар бораи системаҳои мушаххас таваққуф кунам. Густариши такрории рӯйхати анъанавии намунаҳои патогенҳое, ки аз беморе бо патологияи чирку-септикӣ ҷудо мешаванд, инчунин рушд ва мураккабии системаи таснифоти микроорганизмҳо бо афзоиши назарраси озмоишҳои истифодашуда, истифода аз техникаи анъанавии дастӣ бо омода кардани ҳама воситаҳои зарурӣ дар озмоишгоҳ, амалан имконнопазир сохт. [11].

Ба ақидаи мо, дар озмоишгоҳҳои хурди бактериологӣ, истифодаи системаҳои ба истилоҳ миниатюрӣ барои мушаххаскунии дасти биохимиявӣ бо назардошти дида баромадани натиҷаҳо ва муайян кардани намуди микроорганизм, истифода аз кодҳо ё барномаҳои махсуси компютер оқилона аст. Истифода аз таҳлилгарҳои микробиологӣ автоматӣ ё нимаавтоматӣ дар озмоишгоҳҳои калон ё марказҳои доройи миқдори зиёди таҳқиқот танҳо дар шароити комили онҳо, нигоҳдории кафолатноку таҳассусӣ ва таъминоти муттасили маводи истеъмолӣ, аз ҷиҳати иқтисодӣ асоснок карда мешавад. Ҳамзамон, баъзе аз мудирони бе-

морхонаҳо ҳангоми харидани чунин анализаторҳо, мутаассифона тасаввури чандоне дар бораи миқдори хароҷотҳои ҳангуфти ин анализаторҳои микробиологӣ гаронбаҳои харидоришуда надоранд, ки онҳоро лозим меояд, пас аз ба охир расидани мӯҳлати кафолат ва замоне, ки саволи бозпардохти ин анализаторҳои гаронқиммат ба миён меояд, бояд амал намоянд.

Ҳамин тариқ, маҷмӯи ҳадди ақали маводи сарфшуда барои таҳқиқоти микробиологӣ дар беморхона бояд инҳоро дар бар гирад:

1. Зарф барои гирифтани ва интиқол додани намунаҳои клиникӣ.
2. Маҷмӯи зарфҳои ғизоии оддӣ ва мураккаб.
3. Системаҳои дасти миниётротсионӣ муайянсозии микроорганизмҳо.
4. Дискҳо ё панелҳои стандартӣ барои муайян кардани ҳассосияти микроорганизмҳои хоричшуда ба антибиотикҳо.

Мо бояд боз ба як мушкилӣ дар озмоишгоҳҳои микробиологияи клиникӣ диққат диҳем. Ин набудани стандартҳои эътироф ва тасдиқшудаи таҳқиқот мебошад. Чизе ки назорати воқеии салоҳияти лабораторияҳои касбиро душвор менамояд. Ин амр махсусан ба далели пайдоиши шумораи зиёди муассисаҳои тиббии ғайридавлатӣ хатарнок аст. Тартиби мавҷудаи додани литсензияҳо барои фаъолияти тиббӣ, аз ҷумла, барои намуди корҳое, ки бо ҷудосозӣ ва муайян кардани микроорганизмҳои гурӯҳҳои 3-4-и патогенетикӣ алоқаманданд, механизми амалии чунин назоратро пешбинӣ намекунад. Вобаста ба ин, масъалаи ташкили шабакаи лабораторияҳои истихроҷи микробиологияи клиникӣ, ки метавонад ҳалли ин масъаларо ба зимма гирад, муҳим мебошад [13].

Оид ба масъалаи иштироки озмоишгоҳи бактериологӣ дар таҳияи тактикаи истифодаи доруҳои антимикробӣ химиятерапевтӣ дар шӯъбаҳои беморхона. Тавре ки дар боло қайд карда шуд, эътиқоди паҳнғаштаи пиизишкон дар мавриди зарурати як ҳафта ба-

рои гирифтани ҷавоби озмоишгоҳ, дар амал ба он оварда мерасонад, ки дар марҳилаҳои аввали дармони антибиотикии ин ё он бемор озмоишгоҳи микробиологӣ умуман ҷалб карда намешавад. Ва онҳо барои кӯмак ба микробиологҳои клиникӣ замоне мурочиат мекунанд, ки пизишки муолиҷавӣ чанд курсро иваз кардааст (одатан 2 ё 3), аммо натиҷаи интизоршуда ба даст наомадааст. Ҳолати дигаре ҳам дар беморхона вучуд дорад, ки ташҳиси микробиологӣ танҳо барои «қайд» таъин карда мешавад, дар ҳоле ки озмоишгоҳ ҳассосиятро ба як антибиотик муайян мекунад ва дар дорухонаҳо тамоман чизии дигар аст. Ҳамаи ин ба номукаммалии химиотерапияи антибиотик ва интиҳоб аз штамҳои бисёрсоҳаи бемористонии микроорганизмҳои уфунати чирку-септикӣ ва оқибатҳои он оварда мерасонад [14].

Аз ин бармеояд, ки имрӯзҳо зарурати воқеии ташкили як сохтори кормандони беморхона вучуд дорад, ки чунин робитаҳои ба монанди як занҷири мантиқӣ мепайвандад:

- шӯъбаҳои клиникӣи беморхона;
- дорухона;
- озмоишгоҳи бактериологӣ.

Дар асоси таҳлили маълумотҳои ба дастамада, бо дарназардошти манзараи микробҳои мавҷуда дар ин шӯъба ва шаклҳои маълумтарини уфунати бемористонӣ, протоколҳо оид ба терапияи оқилонаи бактериявӣ [8] таҳия кардан мумкин аст.

Дар протокол бояд ин нукта зикр шавад, ки дар марҳилаи аввал терапияи антибиотик ампирикӣ аст ва бидуни фарҳанги бактериологӣ таъин карда мешавад. Баҳогузори самаранокии давраи якуми терапия бояд аз ҷониби мутахассиси клиника дар рӯзи 3-юм аз лаҳзаи муолиҷа гузаронида шавад (аз рӯи тасвири клиникӣ, ҳисобҳои лаборатории хун ва ғайра). Дар сурати набудани нишонаҳои самарабахш, духтур бояд ба низоми дигари табобат бо баҳодихии хатмӣ он дар 3 рӯзи оянда гузарад. Дар маҷмӯъ, протокол бояд 4 речаи табобати антибиотикро дар бар гирад, ки дар натиҷаи вусъат додани терапияи антибиотик таҳия шудааст.

Ҳамин тариқ, принсипи ҳадди аққал риоя хоҳад шуд - антибиотикҳои нав ва захиравиро дар ҷое, ки доруҳои анъанавӣ комилан кор мекунанд, таъин накунед [8].

Меҳостам таъкид намоям, ки чунин ба-нақшагирии ҳаҷми таҳқиқоти бактериологӣ таҳлили бактериологиро кам мекунад ва ба ин васила маблағҳои пасандозшударо барои хариди васоили баландсифати ғизоӣ ва системаҳои санҷиши муайян кардани ҳассосият ба антибиотикҳои инфексияҳои сирояткунандаи беморӣ, сарф мекунад.

Ҳамин тариқ, беҳсозии кори лабораторияҳои бактериологӣ ба натиҷаҳои зерин оварда мерасонад:

- Байни шӯъбаҳои клиникӣ, дорухона ва лабораторияи бактериологӣ алоқа барқарор карда мешавад.
- Систематизатсияи маълумоте, ки аз озмоишгоҳи бактериологӣ, дар бораи манзараи микробҳо дар ҳар як шӯъба ва дар маҷмӯъ беморхона гирифта шудааст, инчунин маълумот дар бораи ҳассосияти штамҳои беморхона ба ягон антибиотик - микробиологии мушаххас гузаронида мешаванд.
- Дар кори шӯъбаҳо протоколҳо оид ба пешгирӣ ва табобати уфунатҳои бемористонӣ таҳия ва ҷорӣ карда мешаванд.

Ҳамаи ин ба беморхонаҳо имкон медиҳад, ки дармони зиддибактериявӣ аз уфунатҳои бемористониро оқилона гузаронанд [9]. Ин равиш ба назорати сироят дар беморхона имкон медиҳад:

- дар навбати аввал, паст кардани сатҳи сирояти уфунатҳои бемористонӣ дар беморони мо,
- сониян, паст кардани маблағи миёнаи рахтиҳои шабонарӯзӣ ба ҳангоми табобати уфунатҳои бемористонӣ.

Озмоишгоҳи бактериологӣ аз усули «илмӣ» дар тадқиқоти ҷорӣ (чудо кардани микроорганизмҳои гуногун аз беморон ва омӯзиши муфассали хусусиятҳои биологии онҳо) ба тадқиқоти «амалӣ» - тибқи нишондодҳои қатъӣ, ки ба микроорганизмҳои мушаххас нигаронида шудаанд, мегузарад. Ин имкон медиҳад:

- аввалан, вақти додани ҷавобро аз 4-5 рӯз то ба 1-3 рӯз кам кунед;



- сониян, гузаронидани мониторинги микробиологии гардиши штампҳои бемористонӣ ва муқовимати антибиотикии онҳо;

- сеюм, дар якҷоягӣ бо эпидемиологи беморхона, чораҳои зарурии санитарӣ-эпидемиологиро оид ба пешгирии хуручи уфунатҳои бемористонӣ таҳия намоянд.

Ман умедворам, ки дар ниҳоят як намуни шабеҳи системаи назорати сироят (ё монанд ба он) бо мушахасоти ғайриуфунӣ дар бемористонҳои ҷумҳурӣ ворид мешавад [16].

Ин амр боиси таъсиси системаи шахрӣ оид ба мониторинги уфунатҳои бемористонӣ мешавад, ки раванди густариши муқовимат ба доруҳои зиддибактериявиро дар байни штампҳои бемористонии микроорганизмҳо дар беморхонаҳои шахрӣ таҳқиқ мекунад ва тавсияҳоеро барои пешгирӣ ва табобати уфунатҳои бемористонӣ дар тамоми системаи тандурустии шахр ироа медахад.

Хулоса. Ҳамин тарик, ҳама чизҳои дар боло зикршударо ҷамъбаст карда, мо метавонем чунин хулоса барорем: барои муборизаи бомуваффақият бар зидди сироятҳои чирку-септикӣ дар беморхонаҳо (хусусан бемориҳои сироятӣ), ташкили системаи муносири назорати сироят талаб карда мешавад, ки он сохтори зеринро дар бар мегирад:

- озмоишгоҳи воқеии микробиологияи клиникӣ;

- шӯба оид ба пешгирӣ ва табобати сироятҳои бактериалӣ ва дигар сироятҳо (ҳадамоти химиядармонӣ);

- шӯбаи эпидемиологии беморхона (ҳадамоти эпидемиологи беморхона).

Дар ин занҷири мантиқӣ лабораторияи микробиологӣ пойгоҳ аст ва сохторҳои масъули эпидемиология, пешгирӣ ва табобати сироятҳои чирку-септикӣ дар беморхона ба он илова мешавад, ки танҳо дар натиҷаи кори моҳиронаи пойгоҳ (лаборатория) метавонанд бомуваффақият фаъолият кунанд.

Адабиёт

1. Рубин Р. Дж., Харрингтон К.А., Пун А. Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия / Р. Дж. Рубин, К.А. Харрингтон, А. Пун // - 2000; - 2(2), - стр. 47–56.
2. Cjhen D.R. Economic issues in infection control / D.R. Cjhen // J. Hosp. Infec. – 1994. – Vol. 5, Suppl. A. – P. 17-25.
3. Wenzel R.P. The economics of nosocomial infections / R.P. Wenzel // J. Hosp. Inf. – 1995. – Vol. 31, N. 2. - P.79-88.
4. Рафиев Х.К. Изучение этиологической структуры осложненных инфекций мочевыводящих путей / Х.К. Рафиев // М. «Вестник педагогического университета», - Душанбе, -2015, - №2 (63-2), - стр. 219-222.
5. Семина Н.А., Ковалева Е.П. Внутрибольничные инфекции – актуальная проблема современного здравоохранения / Н.А. Семина, Е.П. Ковалева // Материалы научно-практической конференции “Инфекционные болезни на рубеже XXI века”. – М. 2000, май, - Ч. II, - стр. 35–36.
6. Акимкин В.Г. Основные направления профилактики внутрибольничных инфекций. (Лекция). – М.: Федеральный центр госсанэпиднадзора Минздрава России, - 2000. - 28 с.
7. Белокрысенко С.С. Медицина для всех / С.С. Белокрысенко // - 1998; - 5(11): - стр. 2–4.
8. Строганов В.П. Инфекции и антимикробная терапия / В.П. Строганов// - 2000; -2(3): - стр. 96–8.
9. Белобородова Н.В., Богданов М.Б., Черненькая Т.В. Алгоритмы антибиотикотерапии / Н.В. Белобородова, М.Б. Богданов, Т.В. Черненькая // Руководство для врачей. - М., - 1999.
10. Балаклиец Н.И. Биохимическая активность условно-патогенных микроорганизмов, чувствительных и устойчивых к антибиотикам и хлорамину, выделенных от здоровых и

больных людей / Н.И. Балаклиец // Антибиотики и химиотерапия. – 2008. - Т. 35, № 1. - С.14-16.

11. Лабинская А.Р. Микробиология с техникой микробиологических исследований / А.Р. Лабинская // М.: Медицина, 2000. – 392 с.

12. Бурганская Е.А. Основы инфекционного контроля. - М., 2000, - 243 с.

13. Влодавец В.В. Санитарно-микробиологический контроль лечебных учреждений. Гигиена и санитария. –1999.-6.- С.50-53.

14. Внутрибольничные инфекции: руководство по лабораторным методам исследований. Под ред. М.Т. Паркера. //ВОЗ, Регионал. Европейское бюро, Копенгаген, 1999. – 68 с.

15. Дабуров К.Н. Особенности организации и проведения инфекционного контроля в ЛПУ. – Актуальные пробл. теорет. и практ. медицины. Мат. 47-й – год. науч.практ. конф. ТГМУ, Душанбе, 1999. -С. 23-24.

16. Зуева Л.П. Организация инфекционного контроля в госпитальных условиях. //Тез.-докл. 2-й Российс. науч.-практ.конф. с международ. участием. – М., 2009. –С. 98-99.

ОПТИМИЗАЦИЯ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИХ ЛАБОРАТОРИЙ В СИСТЕМЕ ИНФЕКЦИОННОГО КОНТРОЛЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГОСПИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ В СТАЦИОНАРАХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Рузиев М.М., Кенджаева И.А., Джураев Х.М.

Государственное учреждение «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины» МЗ и СЗН РТ, Кафедра микробиологии, иммунологии и вирусологии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино», Республиканский клинический центр ортопедии и травматологии

В статье описываются пути и решения оптимизации микробиологических лабораторий и мониторинга за возбудителями для улучшения системы инфекционного контроля за внутрибольничными инфекциями в стационарах хирургического профиля. Необходимы глубокие изменения в стратегии борьбы с ВБИ, которые могут повлиять на сложившуюся ситуацию. Очевидно, наряду с совершенствованием противоэпидемических мероприятий следует обратить внимание и на клиничко-микробиологический ас-

пект этой проблемы. Важным исходным условием корректности проводимых бактериологических исследований является наличие современного лабораторного оборудования, стандартизированных материалов и утвержденных стандартов на проводимые исследования.

Ключевые слова: внутрибольничная инфекция, хирургические стационары, микробиологические исследования, инфекционный контроль, микробиологические лаборатории, профилактика.

OPTIMIZATION OF MICROBIOLOGICAL LABORATORIES IN THE INFECTION CONTROL SYSTEM FOR PREVENTION AND TREATMENT OF HOSPITAL INFECTIONS IN HOSPITALS SURGICAL PROFILE

M.M. Ruziev, I.A. Kenjaeva, Kh.M. Juraev

State Institution «Tajik Research Institute of Preventive Medicine» of the Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan, Department of microbiology, immunology and virology State Educational Institution «Avicenna Tajic State Medical University», Republican clinical center of orthopedics and traumatology

The article describes ways and solutions to optimize microbiological laboratories and monitor pathogens to improve the infection control system for nosocomial infections in



hospitals with a surgical profile. Deep changes are needed in the strategy for combating nosocomial infections, which can affect the current situation. Obviously, along with the improvement of antiepidemic measures, attention should be paid to the clinical and microbiological aspect of this problem. An important initial condition for the correctness

of ongoing bacteriological studies is the availability of modern laboratory equipment, standardized materials and approved standards for ongoing research.

Keywords: nosocomial infection, surgical hospitals, microbiological studies, infection control, microbiological laboratories, prevention

Рузиев Муродали Мехмондустович – д.и.т., директори МД «Институти тадқиқоти илмии тиббии профилактики Тоҷикистон» ВТ ва ҲИА ҚТ; e-mail: m.ruziev@mail.ru; тел.: (+992) 918-71-32-66

Кенчаева Иноят Облокуловна – н.и.т., доценти кафедраи микробиология, иммунология ва вирусология, Муассисаи давлатии таълимии «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино»; тел.: (+992) 939-00-46-46

Ќураев Хуршед Мамадҷонович – н.и.т., духтур травматолог-ортопед Маркази ҷумҳуриявии клиникии ортопедӣ ва травматологӣ; e-mail: hurshed_doc@mail.ru; тел.: (+992) 918-61-51-34

Рузиев Муродали Мехмондустович – д.м.н., директор ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины» МЗ и СЗН РТ; e-mail: m.ruziev@mail.ru; тел.: (+992) 918-71-32-66

Кенджаева Иноят Аблокуловна – к.м.н., доцент кафедры микробиологии, иммунологии и вирусологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»; тел.: (+992) 939-00-46-46

Джураев Хуршед Мамаджонович – к.м.н, врач травматолог-ортопед Республиканского клинического центра ортопедии и травматологии; e-mail: hurshed_doc@mail.ru; тел.: (+992) 918-61-51-34

Ruziev Murodali Mehmondustovich – d.m.s., Director of State Institution “Tajik Research Institute of Preventive Medicine” of the Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan; e-mail: m.ruziev@mail.ru; tel.: (+992) 918-71-32-66

Kenjaeva Inoyat Ablokulovna - c.m.s., associated professor in Department of microbiology, immunology and virology State Educational Institution «Avicenna Tajik State Medical University» tel.: (+992) 939-00-46-46

Juraev Khurshed Mamadzhonovich - c.m.s., vice director of Republican clinical center of orthopedics and traumatology; e-mail: hurshed_doc@mail.ru; tel.: (+992) 918-61-51-34

ФАРМАКОЛОГИЯ

ОМУЗИШИ ЗАҲРНОКИИ ЧАМЪИ ГИЁҲИ ЗИДДИДИАБЕТИИ «ЧОРБАРГ» (дар таҷриба)

Музафарова М.Ҳ., Насруллоева М.Ҳ., Ҳилолова М.Ҳ.

Кафедраи фармакология ва ОМИТ- и МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино.
Тоҷикистон», ш. Душанбе.

Муҳиммият: Дар табобати диабети қанд (ДҚ) ба ғайр аз доруҳои гормонӣ ва синтетикӣ доруҳои растанигӣ, ки аз давраҳои қадим маълуманд, истифода бурда мешаванд. [3,5] Маълумотхоро оид ба хусусиятҳои шифобахшии растаниҳо дар асарҳои зиёди тамаддунҳои қадимӣ – аврупоӣ, хитой, юнонӣ ва лотинӣ пайдо кардан мумкин аст. [2,4]

Барои табибони давраи қадим растаниҳои шифобахш ҳазинаи ҳақиқии табобатӣ буданд. Дунёи растаниҳои шифобахш то ҳол пурра омӯхта нашудааст.

Асарҳои тиббии Абуалӣ ибни Сино, аз он ҷумла «Ал-Қонун фит тиб» - и ўро дар Шарқ ва Аврупо ҳамчун олим ва табиб машҳур кард. [2,4]

Тадқиқоти гузаронидаи яқҷояи фармакологҳо ва химикҳо имконият дод, ки растаниҳои шифобахш пурқиммат пайдо ва дар таҷрибаи тиббӣ истифода бурда шаванд. [1]

Бо ёрии таҷрибаҳои гузаронидаи ӯ дар тибби муосир баргҳои ангур, тут, чормағз ва ғор ҳамчун дору васеъ истифода бурда мешаванд. Тайи солҳои охир аз тарафи олимони Тоҷикистон хусусиятҳои гипогликемии баъзе растаниҳои шифобахш омӯхта шуда истодааст.

Дар натиҷа, аз тарафи мо ҷамъи гиёҳии зидди диабетӣ бо номи шартӣ «Чорбарг» тайёр карда шуд.

Мақсади тадқиқот: Омӯзиши заҳрнокии шадиди ҷамъи гиёҳии зидди диабетии «Чорбарг».

Мавод ва усули тадқиқот: Заҳрнокии шадиди LD-50 ва LD – 100-и ҷамъи гиёҳии зидди диабетии «Чорбарг» дар 40 муши сафед бо вазни 18-23 гр ва 50 калламуши сафеди ҳарду ҷинс бо вазни 190-210 гр омӯхта шуд.

Ғайр аз ин, мо дар назди худ мақсад гузоштем, ки аз рӯйи зиндамонӣ ва тағйири

вазни онҳо ҳангоми истифодаи тӯлонии ҷамъи доругӣ назорат кунем. Ин нишондодҳои ҷамъи гиёҳии зидди диабетии «Чорбарг» дар 42 калламуши сафеди безоти ҳарду ҷинс бо вазни 190- 220 гр дар давоми 6 моҳ омӯхта шуд. Объекти омӯхташаванда ҳар рӯза як маротиба дохили меъда бо меъёри 2 ва 5 мл/ кг вазни бадан ба ҳайвоноти таҷрибавӣ дар давоми 6 моҳ ворид карда шуд. Ба калламушони назоратӣ аз рӯйи ҳамин нақша оби муқаттар бо ҳисоби 5 мл/кг вазн ворид карда шуд.

Натиҷаи тадқиқот ва баррасии онҳо.

Пас аз дохили меъда (д/м) ва дохили шикам (д/ш) бо меъёри 10, 20, 30, 40, 50 ва 60 мл/кг вазн ворид кардани ҷамъи гиёҳии зидди диабетии «Чорбарг» дар ҳолати умумӣ ва физиологӣ ҳайвонот ягон тағйирот дида нашуд.

Фаъолияти ҳаракатӣ ва аксуламал ба ангезандаҳои механикӣ тағйир наёфт, фаълони ба ғизо наздик мешуданд, ҳарорати пӯст мутаносибан муътадил буд. Пашми ҳайвонҳо нарм буд. Натиҷаҳои таҷрибаҳои гузаронида нишон доданд, ки ҷамъи гиёҳии зидди диабетии «Чорбарг» ҳангоми ба дохили меъда ворид кардани қиёми (дамобаи) ҷамъи гиёҳии зидди диабетии «Чорбарг» таъсири токсикӣ паст дорад.

Бо мақсад муайянкунии дараҷаи заҳрнокии қиёми (дамобаи) ҷамъи гиёҳии зидди диабетии «Чорбарг», ки д/м бо меъёрҳои 10, 20, 30, 40, 50 ва 60 мл/кг вазн ба калламушони сафед ворид карда шуда буд, сабаби марги аҳёнан (единичный) шуд. Дар мушҳои сафед ҳангоми д/м воридкунии ин мавод бо меъёри 5-10 мл/кг вазн маргро ба амал наовард.

Ҳангоми ба дохили шикам воридкунии ҷамъи гиёҳии зидди диабетии «Чорбарг» бо меъёри 20-60 мл/кг вазн марги ҳайвонотро ба амал наовард.



Натиҷаи таҷрибаҳо нишон доданд, ки воридкунии ҳаррӯзаи дохилимеъдагии чамъи гиёҳии зиддидиабети «Чорбарг» бо

меъёри 2 ва 5 мл/кг дар давоми 6 моҳ ягон хел нишонаҳои захрнокии умумиро ба амал наовард.

Ҷадвали 1. Нишондодҳои захрнокии шадиди чамъи гиёҳии зиддидиабети «Чорбарг»

Ҳангоми воридкунии дохилӣ		Ҳангоми воридкунии дохилишикамӣ	
Меъёр дар мл/кг вазн	Фавтиданд	Меъёр дар мл/кг вазн	Фавтиданд
Барои калламушони сафед			
10	0	10	0
20	0	20	0
30	0	30	0
40	0	40	0
50	0	50	0
60	1	60	1
ЛД-50	0	ЛД-50	0
ЛД-100	0	ЛД-100	0
Барои мушҳои сафед			
5,0	0	5,0	0
10,0	0	10,0	0
20,0	0	20,0	0
30,0	0	30,0	0
40,0	0	40,0	0
50,0	0	50,0	0
ЛД-50	0	ЛД-50	0
ЛД-100	0	ЛД-100	0

Зиндамони калламушони таҷрибавӣ мутлақ буд. Аз 14 ҳайвони таҷрибавӣ, ки чамъи гиёҳии зиддидиабети «Чорбарг»-ро бо меъёри 2 ва 5 мл/кг вазн мегирифтанд, 100% зинда монданд. (Ҷадвали № 2)

Ҳангоми нигоҳдории ҳайвонҳо дар шароити яхела бо калламушони таҷрибавӣ, ки оби муқаттар бо ҳисоби 5мл/кг вазн мегирифтанд, низ зиндамони ба 100% баробар буд.

Ҷадвали 2. – Зиндамони калламушони сафед, ки дар давоми 6 моҳ ҳар рӯза меъёрҳои гуногуни чамъи гиёҳии зиддидиабети «Чорбарг» - ро мегирифтанд.

Силсилаи таҷрибаҳо ва меъёри мавод дар мл/кг вазн	Шумораи калламушон дар силсила	Аз онҳо зинда монд	
		Шумора	Дар %
Интактӣ – оби муқаттар 5 мл/кг n=7	14	14	100
Чамъи гиёҳии зиддидиабети «Чорбарг» 2мл n=7	14	14	100
Чамъи гиёҳии зиддидиабети «Чорбарг» 5мл n=7	14	14	100

Афзоиши вазни калламушони сафед дар охири моҳи 3-юми таҷриба, ки дохили меъдагӣ чамъи гиёҳии зиддидиабети «Чорбарг» - ро бо меъёри 2 ва 5 мл/кг вазн мегирифтанд, назар ба нишондоди ибтидоӣ зиёдтар шуд (100%).

Дар моҳи 6-уми таҷриба ин нишондод саҳеҳ то 113,4% нисбати силсилаи интактӣ зиёд шуд.

Хулоса. Ҳамин тавр, аз рӯи натиҷаи тадқиқотҳо маълум шуд, ки чамъи гиёҳии зиддидиабети «Чорбарг» дар вақти омӯзиши ЛД-50 ва ЛД-100 захрнок набуд. Аз рӯи зиндамони 100% ва афзоиши вазни ҳайвонҳо хулоса баровардан мумкин аст, ки чамъи гиёҳии зиддидиабети «Чорбарг»-ро метавонем давоми моҳҳо тӯлонӣ истифода барем.

Адабиёт

1. Ишанкулова Б. А. Экстракти ғӯраҳои ангур «Ғӯраоб»- ғизо ва дору / С.Н. Исматов, У.П. Юлдошева, М.В. Урунова // Науч. практ. конф. науч.-исслед. инст-а питания. – Душанбе, 2010.- С.46-53.
2. Ишанкулова Б. А. Фармакологияи баъзе растаниҳои шифобахши қандпаस्तкунандаи Тоҷикистон / Б.А. Ишанкулова. – Душанбе: типографияи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, 2015. – с.193.
3. Иванов Д. Д. Анемия при сахарном диабете: современная тактика / Д. Д. Иванов // Здоровье Украины. – 2007, № 22/1. – с. 15.
4. Ягудина Р. И. Фармакоэкономика сахарного диабета второго типа / Р.И. Ягудина, А.Ю. Куликов, Е.Е. Аринина. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2011. – 352С.
5. Куренов И.П. Золотая энциклопедия народной медицины / И.П. Куренов. – М: Мартин, 2008. -512с.

**ИЗУЧЕНИЕ ТОКСИЧНОСТИ АНТИДИАБЕТИЧЕСКОГО СБОРА «ЧОРБАРГ»
(в эксперименте)****М.Х. Музафарова, М.Х. Насруллоева, М.Х. Хилолова**

Кафедра фармакологии и ЦНИЛ ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

В статье авторами было изучено и доказано острая и хроническая токсичность антидиабетического сбора «Чорбарг» на белых крысах и мышах. Ежедневное внутрижелудочное введение настоя сбора «Чорбарг» в течении 6 месяцев не вызвало при-

знаков интоксикации. Вследствие чего сбор «Чорбарг» можно применять в комплексной терапии у больных сахарным диабетом 2 типа в течении длительного времени.

Ключевые слова: сахарный диабет, настой сбора «Чорбарг», LD -50 и LD – 100.

STUDY OF TOXICITY OF ANTIDIABETIC COLLECTION “CHORBARG”**Muzafarova M.H., Nasrulloeva M.H., Hilolova M.H.**

Pharmacology Department and Central Scientific Research Laboratory of State Education Institute “Tajik State Medical University” named after Avicenna

In an article with the authors, the acute and chronic toxicity of the antidiabetic collection “Chorbarg” in white rats and mice was studied and proved. Daily intragastric injection infusion of “Chorbarg” during 6 months did not cause

signs of intoxication. As a result, the collection of “Chorbarg” can be used in complex therapy in patients with diabetes of 2 type for a long time.

Key words: diabetes, “Chorbarg” collection, LD – 50 and LD – 100

Музафарова Матлуба Хакимовна, и.и.т., дотсенти кафедраи фармакологияи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Насруллоева М.Х.- муаллими калони кафедраи фармакологияи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Хилолова М.Х.- ассистенти кафедраи фармакологияи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Музафарова Матлуба Хакимовна, к.м.н., доцент кафедраи фармакологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

Насруллоева М.Х.- старший преподаватель кафедры фармакологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

Хилолова М.Х.- ассистент кафедры фармакологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»



Muzafarova Matluba Hakimovna – candidate of medical sciences, docent of Pharmacology Department of SEI “TSMU” named after Avicenna

Nasrulloeva M.H – the senior teacher of Pharmacology Department of SEI “TSMU” named after Avicenna

Hilolova M.H. - assistant of Pharmacology Department of SEI “TSMU” named after Avicenna

СИНТЕЗИ ПАЙВАСТАГИИ 2-БРОМ-6-ФТОР-7-МЕТИЛ-5-ОКСО-5Н-1,3,4-ТИАДИАЗОЛ[3,2-А]ПИРИМИДИН

Озеров А.А.¹, Гулмаҳмадзода З.Г.²

1. Донишгоҳи давлатии тиббии Волгоград (Россия); 2. Маркази илмию тадқиқоти фарматсевтии Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Мухимияти кор. Яке аз муҳимтарин вазифае, ки дар назди химияи органикӣ истодааст, ин синтези аналогҳои моддаҳои фаъоли табиӣ мебошад. Ин моддаҳо дорои қобилияти баланди биологӣ буда, захронокӣ нисбатан пастро зоҳир меномоянд. Ба ин гурӯҳи моддаҳо аналогҳои синтетикии пурин, аз ҷумла пайвастагиҳои тиадiazоло-пиримидин низ дохил мешаванд. Дар баробари ин, яке аз роҳҳои алтернативӣ барои ҷустуҷӯи моддаҳои фаъоли биологӣ махсусан барои микроорганизмҳо, ки дорои муқовимат барои антибиотикҳои гуногунро доранд, хеле зарурӣ аст. Дар замони мо, масъалаи пешбурди синтези химиявӣ диққати махсусро талаб менамояд [1].

Таҳлили адабиёти илмӣ нишон медиҳад, ки ҳосилаҳои 1,3,4-тиадiazол[3,2-а]пиримидин ба организм таъсири зиддимикробӣ, имуностимуляторӣ, зидди варами, зидди ишемикӣ ва зиддиаллергӣ доранд. Бо вучуди ин, аксари ҷанбаҳои фаъолияти биологӣ доруҳои ин силсила то имрӯз ба таври кофӣ омӯхта нашудаанд [2].

Имконияти синтези ҳосилаҳои нави 1,3,4-тиадiazол[3,2-а]пиримидин дар маҷмӯаҳои 2, 5, 6, 7-и молекулаи ин модда хеле зиёд аст. Аз ин рӯ, дарёфти моддаҳои фаъол дар асоси ин модда тавачҷӯх олимонро ба худ ҷалб намудааст. Солҳои охир дар бораи синтези ҳосилаҳои 1,3,4-тиадiazол дар як қатор мактабҳои илмӣ давлатҳои гуногун ба назар мерасанд. Олимони дар ҷустуҷӯи роҳҳои нави ҳосил кардани пайвастаҳои гетеросиклӣ мебошанд. Аз он ҷумла, олимони Институти химияи органики ба

номи Д. Зелинский Академияи илмҳои Россия тавассути реаксияи 3-формил-2-хлорохинолин бо тиогидразидҳои кислотаи оксамат қатори нави ҳосилаҳои 1,3,4-тиадiazолро ҳосил карданд [3]. Соли 2020, Керу ва ҳаммуаллифон усули синтези сабзи ҳосилаҳои 1,3,4-тиадiazол[3,2-а]пиримидинро тавассути реаксияҳои бисёрзинагӣ дар иштироки катализатори оксиди ванадий пешниҳод намуданд [4]. Дар соли ҷорӣ (2022), олимони Абу-Ҳашем ва Ал-Ҳусайн дар асоси пайвастагиҳои тиадiazоло-пиримидин моддаҳои навро кашф намуданд, ки қобилияти баланди зидди саратони доранд. Моддаҳои ҳосилкардаи олимони барои намуди зиёди ҳуҷайраҳои саратони одам аз қабili ҳуҷайраҳои саратони меъда (MGC-803), ҳуҷайраҳои аденокарсиномаҳои сина (MCF-7), ҳуҷайраҳои карсиномаҳои бинӣ (CNE2) ва ҳуҷайраҳои карсиномаҳои даҳон (KB) хеле фаъол мебошанд [5].

Ҳамин тариқ, синтези ҳосилаҳои 1,3,4-тиадiazол[3,2-а]пиримидин, омӯзиши ҳосиятҳои химиявӣ ва таъсири сохтор ба фаъолияти биологӣ ин моддаҳо масъалаҳои муҳим ба шумор мераванд.

Мақсади таҳқиқот. Синтез ва таъйиди сохтори пайвастагии 2-бром-6-фтор-7-метил-5-оксо-5Н-1,3,4-тиадiazол[3,2-а]пиримидин мебошад.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Синтези пайвастагии 2-бром-6-фтор-7-метил-5-оксо-5Н-1,3,4-тиадiazол[3,2-а]пиримидин.

Дар колбаи седаҳона 18 г (0,01 моль) 2-амин-5-бром-1,3,4-тиадiazол ва 100 г кислотаи полифосфатро омехта менамоем.

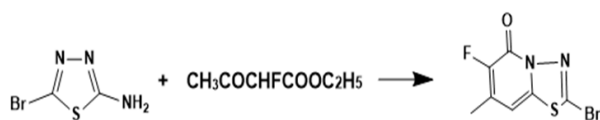
Омехтаро дар ҳамоми обӣ то ҷӯшидан гарм карда, муддати 30 дақиқа мунтазам меомезем ва дар давоми 30 дақиқаи оянда ба он 13 г (0,01 моль) эфири муракаби этил 2-фторасетат ба таври қатра илова карда менамоем. Микдоди илова намудани эфири муракаби этил 2-фторасетат ба таври қатъӣ назорат карда мешавад, зеро дар ҷараёни ин реаксия васеъшавии назарраси ҳаҷм ба амал меояд. Омехтаи реаксиониро бо истифода аз ҳамоми обӣ муддати 3 соат меҷӯшонем. Баъди анҷоми реаксия омехтаро хунук карда, ба зарфе ки 300 мл оби ях дорад, мегузорем. Таҳшин афтодаро филтр карда бо 100 мл оби хунук шустан лозим аст. Махсули реаксияро дар ҳарорати хона 12 соат хушк мекунем. Рекристаллизатсия бо истифода аз омехтаи диоксан-об (4:1) сурат мегирад. Баромади амалии синтези 2-бром-6-фтор-7-метил-5-оксо-5Н-1,3,4-тиадиазол[3,2-а]пиримидин 18,4 г (75%) -ро ташкил дод. Ҳарорати гудозиши моддаи синтезкардашуда 176°C аст.

Таъиди сохтори пайвастагии 2-бром-6-фтор-7-метил-5-оксо-5Н-1,3,4-тиадиазол[3,2-а]пиримидин

Барои муайян кардани структураи пайвастагии 2-бром-6-фтор-7-метил-5-оксо-5Н-1,3,4-тиадиазол[3,2-а]пиримидин таҳлилҳои спектроскопияи инфрасурх, резонанси ядрой-магнитӣ (РЯМ) изотопҳои ^{13}C ва ^{19}F ва усули массспектрометрӣ гузаронида шудааст.

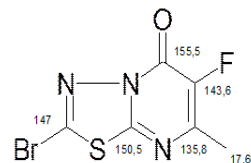
Натиҷаҳо ва баррасии онҳо.

Тавассути реаксияи байни 2-амин-5-бром-1,3,4-тиадиазол ва эфири муракаби этил 2-фторасетат пайвастагии 2-бром-6-фтор-7-метил-5-оксо-5Н-1,3,4-тиадиазол[3,2-а]пиримидин ба даст оварда шуд.



Бартари гузаронидаи реаксия дар муҳити кислотаи полифосфат дар он аст, ки ҳангоми ба муҳити реаксия илова кардани оби яхдор онро бидуни безаргардонии иловагии аз системаи реаксионӣ бартараф месозанд.

Таъиди сохтори пайвастагии ба даст овардашуда, тавассути таҳлили спектроскопияи инфрасурх, резонанси ядрой-магнитӣ (РЯМ) изотопҳои ^{13}C ва ^{19}F ва усули массспектрометрӣ гузаронида шудааст.

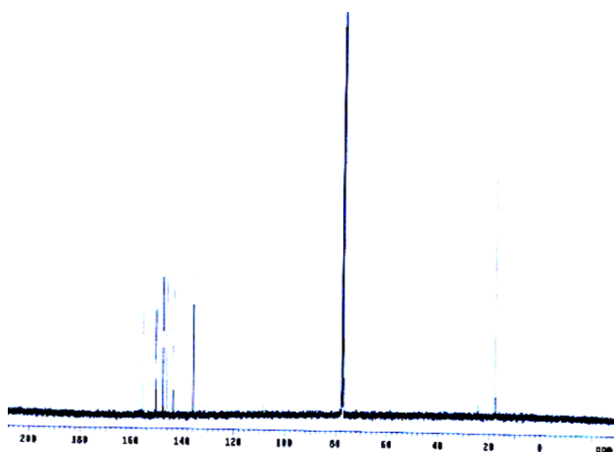


Расми 1. Сохти структураи 2-бром-6-фтор-7-метил-5-оксо-5Н-1,3,4-тиадиазол[3,2-а]пиримидин

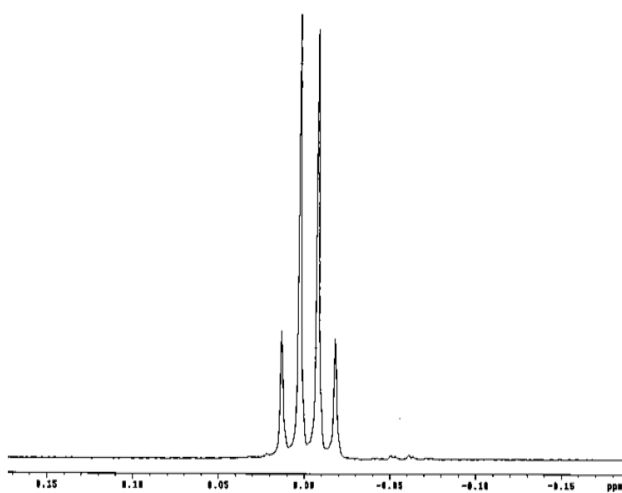
Дар спектрҳои инфрасурхи 2-бром-6-фтор-7-метил-5-оксо-5Н-1,3,4-тиадиазол[3,2-а]пиримидин дар ҳудуди 1700 cm^{-1} фурубарии мавҷи дида мешавад, ки ин ба мавҷуд будани гуруҳи $\text{C}=\text{O}$ мувофиқат менамояд.

Маълумоти спектри резонанси ядрой-магнитӣ низ сохтори пешниодшудаи пайвастагии 2-бром-6-фтор-7-метил-5-оксо-5Н-1,3,4-тиадиазол[3,2-а]пиримидинро тасдиқ мекунад. Дар спектри РЯМ изотопи ^{13}C сигналҳои зерин мавҷуданд: дар минтақаи майдони 17,66 ҳ.м. (ҳисса аз миллион), ки ба атоми карбони фрагменти метилён; дар майдони 135,8 ҳ.м. ба атоми карбон дар шафати фрагменти метилён; дар майдони 143,6 ҳ.м. ба атоми карбон дар мавҷеи шаши ҳалқа; сигнал дар майдони 155,5 ҳ.м. ба карбон, ки ба қисми карбонил пайваस्त шудааст; сигнал дар майдони 147 ҳ.м. аз ҳисоби карбони бо бром пайвастшуда; сигнал дар майдони 150,5 ҳ.м. ба карбони бо атомҳои сулфур ва нитроген пайвастшуда мувофиқат мекунад [4]. Дар расми 2 спектри ^{13}C -и резонанси ядрой-магнитии пайвастаи 2-бром-6-фтор-7-метил-5-оксо-5Н-1,3,4-тиадиазол[3,2-а]пиримидин пешниҳод карда шудааст.

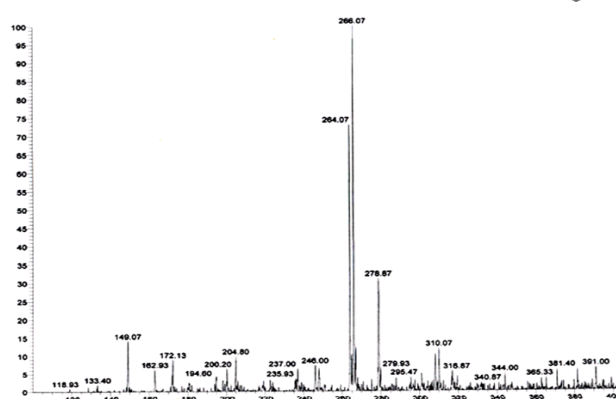
Спектри ^{19}F -и резонанси ядрой-магнитии пайвастаи 2-бром-6-фтор-7-метил-5-оксо-5Н-1,3,4-тиадиазол[3,2-а]пиримидин дар расми 3 нишон дода шудааст. Дар спектри ^{19}F -и резонанси ядрой-магнитии пайвастаи синтезкардашуда, атоми фтор дар мавҷеи шашуми ҳалқа аз сабаби таъсири мутақобилаи протонҳои порчаи метил, ки дар мавҷеи 7-уми ҳалқа ҷойгир аст, ҳамчун кватер пайдо мешавад (Расми 3).



Расми 2. Спектри ^{13}C -и резонанси ядрой-магнитии пайвастаи 2-бром-6-фтор-7-метил-5-оксо-5Н-1,3,4-тиадиазол [3,2-а] пири-мидин.



Расми 3. Порчай спектри ^{19}F -и резонанси ядрой-магнитии 2-бром-6-фтор-7-метил-5-оксо-5Н-1,3,4-тиадиазол[3,2-а] пири-мидин.



Расми 4. Масс-спектри 2-бром-6-фтор-7-метил-5-оксо-5Н-1,3,4-тиадиазол[3,2-а] пири-мидин

Дар расми 4 масс-спектри 2-бром-6-фтор-7-метил-5-оксо-5Н-1,3,4-тиадиазол [3,2-а] пири-мидин нишон дода шудааст. Дар масс-спектри пайвастагии 2-бром-6-фтор-7-метил-5-оксо-5Н-1,3,4-тиадиазол[3,2-а] пири-мидин ду пики асосӣ m/z (%) 264,07(75) ва 266,07(100) пайдо аст, ки пики якум ба мас-саи атомии 2-бром-6-фтор-7-метил-5-оксо-5Н-1,3,4-тиадиазол[3,2-а]пири-мидин бе ги-рифти протон мувофиқат менамояд. Пики дуюм m/z (%) 266,07(100) бошад, аз иловаи ду протон ба массаи атомии 2-бром-6-фтор-7-метил-5-оксо-5Н-1,3,4-тиадиазол [3,2-а] пири-мидин гувоҳӣ медиҳад.

Хулоса. Натиҷаҳои таҳлили спектроско-пияи инфрасурх, резонанси ядрой-магнитӣ барои изотопҳои ^{13}C ва ^{19}F ва таҳлили мас-спектрометрӣ аз ҳосилшавии пайвастагии 2-бром-6-фтор-7-метил-5-оксо-5Н-1,3,4-тиа-диазол[3,2-а] пири-мидин гувоҳӣ медиҳанд.

Адабиёт

1. Konaklieva M.I. Addressing antimicrobial resistance through new medicinal and synthetic chemistry strategies. *SLAS Discovery*, -2019, 24(4), 419-439.
2. Serban G. Synthetic compounds with 2-amino-1,3,4-thiadiazole moiety against viral infections. *Molecules*, -2020, 25(4), 942-954.
3. Aksenov A.N., Krayushkin M.M., Yarovenko V.N. Synthesis of (2-chloroquinolin-3-yl)-1,3,4-thiadiazole-2-carboxamides. *Russ Chem Bull*, -2021, 70(6), 1131-1134.
4. Kerru N., Gummidi L., Maddila S.N., Bhaskaruni S., Maddila S., Jonnalagadda S.B. Green synthesis and characterisation of novel [1,3,4]thiadiazolo/benzo[4,5]thiazolo[3,2-a]pyrimidines via multicomponent reaction using vanadium oxide loaded on fluorapatite as a robust and sustainable catalyst. *RSC Advances*, -2020, 10, 19803-19810.
5. Abu-Hashem A.A., Al-Hussain S.A. Design, synthesis of new 1,2,4-triazole/1,3,4-thiadiazole with piroindoline, imidazo[4,5-b]quinoxaline and thieno[2,3-d]pyrimidine from isatin derivatives as anticancer agents. *Molecules*, -2022, 27(3), 835-845.



СИНТЕЗ СОЕДИНЕНИЯ 2-БРОМ-6-ФЛУОРОН-7-МЕТИЛ-5-ОКСО-5Н-1,3,4-ТИАДИАЗОЛ[3,2-А]ПИРИМИДИНА

Озеров А.А.¹, Гулмахмадзода З.Г.²

1. Волгоградский государственный медицинский университет (Россия); 2. Научно-исследовательский фармацевтический центр Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан;

Осуществлен синтез соединения 2-бром-6-фтор-7-метил-5-оксо-5Н-1,3,4-тиадиазол[3,2-а]пиримидина, практический выход синтеза составляло 75%. Структуры соединения 2-бром-6-фтор-7-метил-5-оксо-5Н-1,3,4-тиадиазола[3,2-а]пиримидина были подтверждено методом ин-

фракрасной спектроскопии, ядерного магнитного резонанса и масс-спектрометрии.

Ключевые слова: *гетероциклические соединения; 1,3,4-тиадиазол, пиримидин; 2-бром-6-фтор-7-метил-5-оксо-5Н-1,3,4-тиадиазол[3,2-а]пиримидин; синтез.*

SYNTHESIS OF 2-BROMO-6-FLUORO-7-METHYL-5-OXO-5H-1,3,4-THIADIAZOLE[3,2-A]PYRIMIDINE

Ozerov A.A.¹, Gulmahmadzoda Z.G.²

1. Volgograd State Medical University (Russia); 2. Research Pharmaceutical Center of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan;

Synthesis of 2-bromo-6-fluoro-7-methyl-5-oxo-5H-1,3,4-thiadiazole [3,2-a]pyrimidine was carried out, the practical yield of the synthesis was 75%. Infrared spectroscopy, nuclear magnetic resonance and mass spectrometry analyzes were used for confirmation of the

structure of 2-bromo-6-fluoro-7-methyl-5-oxo-5H-1,3,4-thiadiazole [3,2-a]pyrimidine.

Key words: *Heterocyclic compounds; 1,3,4-thiadiazole, pyrimidine; 2-bromo-6-fluoro-7-methyl-5-oxo-5H-1,3,4-thiadiazole [3,2-a]pyrimidine; synthesis.*

Озеров Александр Александрович - д.и.х., мудири озмоишгоҳи химияи тиббии Маркази илмӣ ш. Волгогради Академияи илмҳои тиббии Россия.

Зафар Гулмахмадзода. Маркази илмию тадқиқотии фарматсевтии Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон, ходими калони илмӣ. 734064, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, кӯчаи Мухаммадиев, хонаи 16, хучраи 53. Телефон. 918-61-97-93; E-mail: zsangov@mail.ru

Озеров Александр Александрович - д.х.н., заведующий лабораторией медицинской химии Научного центра г. Волгоград, РАМН.

Зафар Гулмахмадзода. Научно-исследовательский фармацевтический центр Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ. Старший научный сотрудник, 734064, Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. Мухаммадиев дом 16, кв 53, Телефон. 918-61-97-93; E-mail: zsangov@mail.ru

Ozerov Aleksandr Alexandrovich. Doctor of Chemical Sciences, Head of the medical chemistry laboratory of the Volgograd Scientific Center of the Russian Academy of Medical Sciences;

Zafar Gulmahmadzoda. Research Pharmaceutical Center of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan. Senior Researcher, 734064, Republic of Tajikistan, Dushanbe, Mukhammadiev st., house 16, apt. 53, Phone. 918-61-97-93; E-mail: zsangov@mail.ru



**ИҚТИДОРИ ЗАХИРАВЌИ ВА ТЕХНОЛОГИЯИ КИШТИ
ABSINTHIUM TOURNEFORT VA SANTOLINOLIFOLIA
ДАР ШАРОИТИ ТОҶИКИСТОНИ МАРКАЗЌ**

Ходжаева З.Г., Курбонбекова Ш.Ш.

Институти ботаника, физиология ва генетикаи растаниҳо, АМИТ

Яке аз вазифаҳои асосии фармакогнозия муайян намудани захираи ашёи хом ва иқтидори захиравии мавзёҳои таҳқиқшаванда ва таъмини базаи ашёи хом бо роҳи парвариши растаниҳои шифобахши Тоҷикистони Марказӣ тавассути гуногунии шароити табию климатӣ, аз ҷумла, растаниҳои шифобахш ба ҳисоб меравад. Дар ин ҷо зиёда аз 200 навъи растаниҳои шифобахш мерӯянд, ки аз миёни онҳо навъи оилаи явшонҳо аз ҷиҳати гуногунӣ, ҳосиятҳои шифобахшӣ ва истифодабарӣ дар тиб яке аз ҷойҳои намоёнро ишғол менамоянд. Дар Тоҷикистони Марказӣ зиёда аз 20 навъи явшон парвариш меёбад. Навъҳои зерини явшон, ба монанди явшони Турнефор ва явшони сантолинбарг ҳосияти табобатӣ дошта, дар тибби халқӣ чун воситаи зидди киччасорӣ ва зиддимикробӣ истифода мешавад. Ин растанӣ хеле камхарҷ буда, метавонад дар ҷойҳои гуногун ғурӯҳи явшониро ба вучуд оварда, парвариш ёбад. Таҳқиқотҳо нишон медиҳанд, ки дар ҳудуди Тоҷикистони Марказӣ явшони Турнефор дар муқоиса бо явшони сантолинбарг бештар паҳншуда ба ҳисоб меравад. Явшони Турнефор дар ғирду атрофи шаҳри Душанбе, ғирду атрофи деҳоти Зиддӣ, Сиёхкӯҳ, дар канори Вармоник ва Найраз мерӯяд. Явшони сантолинбарг бошад, асосан танҳо дар ғирду атрофи Душанбе воমেҳӯрад. Ҳар дуи ин растанӣ мавзеи маҳдуди паҳншавӣ дошта, мутаносибан захираи нокифояи ашёи хом доранд. Барои муайян намудани ашёи хом ва иқтидори онҳо аз тарафи мо иқтидори захиравии явшони Турнефор ва сантолинбарг дар Тоҷикистони Марказӣ, инчунин роҳу воситаҳои парвариши онҳо бо мақсади мустақамкунии базаи ашёи хоми онҳо мавриди омӯзиш қарор дода шуд. Бинобар ҳамин бо мақсади ошкор кардани қобилияти онҳо мо ҳар ду навъи ин растаниро паравариш кар-

да, технологияи парвариши онҳо, инчунин хусусиятҳои биологӣ ин зироатҳоро мавриди омӯзиш қарор додем.

Ҳамин тавр, роҳҳои ҳалли мушкилот бо таъмини захираи ашёи хоми растаниҳои доругӣ ва истифодаи мақсадноки онҳо дар саноати фарматсевтӣ яке аз вазифаҳои асосии растанипарварию доругӣ ба ҳисоб мераванд.

Объект ва усулҳои таҳқиқот. Объекти таҳқиқот явшони сантолинбарг ва явшони Турнефор ба ҳисоб мераванд. Явшони Турнефор яке аз растаниҳои дусола буда, баландиаш то 230 см мебошад. Решааш ғафс. Танаи ягона дорад, рангаш сабзи торик бо тобиши ранги бунафш. Баргҳояш пармонанд ва бурида. Гулҳояш хурд. Явшони сантолинофолия (Рас.2) нимбутта буда, то 85 – 90 см қад мекашад. Решаи ғафс ва дарахтмонанд дорад ва панча паҳн кардааст. Баргҳояш пармонанди бурида. Гулҳояш хурд ва ранги зард доранд.

Усулҳои таҳқиқот. Оид ба муайян кардани захираи объектҳои таҳқиқшаванда бо усулҳои маъмули Крилов ва Шретер (1971) [1] таҷриба гузаронида шуд. Омӯзиши хусусиятҳои биологӣ ва технологияи парвариш бо усули Доспехов (1985) [2] ба роҳ монда шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Натиҷаҳои таҳқиқот оид ба муайян кардани захираи ашёи хоми явшони Турнефор ва сантолинбарг дар ноҳияи Рӯдакӣ дар ҷадвали 1 оварда шудаанд. Аз маълумотҳои ҷадвал маълум аст, ки захираи ҳавоию хушки явшони Турнефор дар ин ноҳия дар давоми соли 2020 $189,7 \pm 13,2$ кг-ро ташкил дод, захираи эксплуататсионӣ бошад, мутаносибан ба $110,1 \pm 8,3$ кг баробар буд. Аз ин ҷо бармеояд, ки ҳаҷми эҳтимолӣ барои омодаسازی солони дар минтақаи мазкур (ВОЕЗ) $29,4 \pm 1,6$ кг-ро ташкил медиҳад.

Чадвали №1.- Захираи ашёи хоми явшони Турнефор дар мавзеи ноҳияи Рӯдакӣ дар соли 2020

Рақами мавзё	Майдон, га	Микдори миёнаи зироат дар майдонҳо 2x2м, шт.	Захира, кг		ВОЕЗ
			Биологӣ	Эксплуататсионӣ	
1	0.37	16± 1,1	70,3± 4,1	30± 3,1	11± 0,7
2	0.56	17± 1,2	119,4± 9,1	80± 5,2	18± 0,9
Майдони умум	0.83		189,7 ± 13,2	110,1 ± 8,3	29,4 ± 1,6

Явшони сантолинбарг бошад, захираи ашёи хоми он дар мавзеи мазкур бо вазни хушкӣ ҳаво 152,8 ± 11,4 кг-ро ташкил медиҳад. Захираи эксплуататсионӣ ба – 80,1 ± 5,6 кг мутобиқ буд. Захираи эҳтимолии

солонии явшони сантолинбарг мутаносибан 20,4 ± 1,5 кг-ро ташкил медиҳад.

Дар чадвал натиҷаҳои захираи ашёи хоми явшони сантолинбарг дар мавзеи ноҳияи Рӯдакӣ дар соли 2020 оварда шудаанд.

Чадвали №2. – Захираи ашёи хоми явшони сантолинбарг дар мавзеи ноҳияи Рӯдакӣ дар соли 2020.

Рақами минтақа	Майдон, га	Микдори миёна дар майдонҳо 2x2м, шт.	Захира, кг		ВОЕЗ
			Биологӣ	Эксплуататсионӣ	
1	0.38	5± 1,2	92.3± 8,1	57±3,2	13.3± 0,8
2	0.24	4± 1,1	60.5± 3,3	23± 2,4	7.1± 0,7
Майдони умумӣ	0.62		152,8 ± 11,4	80,1 ± 5,6	20,4 ± 1,5

Натиҷаҳо оид ба муайян намудани захираи ашёи хоми объектҳои таҳқиқот нишон доданд, ки явшони Турнефор дар минтақаи ноҳияи Рӯдакӣ 2 майдони буттазори дорои майдони умумии 0.83 га бо захираи биологӣ 189,7 ± 13.2 кг мебошад; явшони сантолинбарг низ 2 буттазори дорои майдони умумии 0,62 га бо захираи биологӣ 152,8 ± 11.4,5 кг мебошад.

Технологияи парвариши явшони Турнефор ва сантолинбарг. Барои кишти растани аз ҳудуди Тоҷикистони Марказӣ тухмӣ чамъоварӣ гардида, дар деҳаи Чоряккорони ноҳияи Рӯдакӣ дар майдони 3 м² кишт карда шуд. Барои ҳар ду навъи растани усули маъмулии кишт истифода карда шуданд. Минтақаи кишти ин растаниҳо то ин дам барои кишти зироатҳои дигар истифода мегардид. Кишт дар саҳрои аз алафҳои бегона тозакардашуда гузаронида шуд. Коркарди ҳок бо мақсади ғун намудан ва нигоҳдории намнокӣ, инчунин тозакунии алафҳои бегона ба роҳ монда шуд. Кишти барвақтии маъмулӣ гузаронида шуд. Коркарди асосии хоки зери растаниҳо бо коркарди системаи маъмулии ковоккунии ҳок барои сиркулятсияи муътадили намнокӣ ва ҳаво ба роҳ монда шуд. Барои парвариши растаниҳо пори истифода нагардид, то ки қоби-

лияти навъҳои растаниҳои худрӯй бо парвариши зироатҳо муайян карда шавад.

Омодасозии тухмӣ барои кишт. Барои кишт тухмҳои калони ба навъҳо ҷудокардашудаи гурӯҳи 1 ва 11 истифода карда шуданд. Кишт ҳамон вақте гузаронида шуд, ки хатари бозгашти сардии ҳаво дар аввали моҳи март, даврае ки растаниҳо набояд бо сардии ҳаво дучор шаванд, паси сар шуда буданд.

Усули кишт барои явшони Турнефор маъмулии қаторӣ буда, барои явшони сантолинбарг усули қатораш васеъ интиҳоб карда шуд. Чуқурии кишти тухм хангоми мавҷудияти намнокӣ дар қабати болоии ҳок 2-2.5 см аст, хангоми хушкшавии қабати болоӣ онро 3 -4 см зиёд кардан мумкин аст. Нигоҳубини кишт бо ковоккунии ҳок пас аз кишт, ҳифзи кишт аз алафҳои бегона, касалиҳо ва воситаҳои зарарасон сурат мегирад. Чамъоварӣ. Ҳар ду растани ба таври гуногун пухта мерасанд ва онҳоро бо усулҳои гуногун чамъ меоваранд. Растаниҳо хангоми то 80-85 % пухта расидани кишт дар шакли чорубшакл даравида мешаванд.

Омӯзиши хусусиятҳои биологӣ. Таҳқиқотҳо нишон доданд, ки дар аввали моҳи март хангоми кишти явшони Турнефор пас



аз 5-6 рӯз он месабзид, баргҳо пас аз 9-11 рӯзи кишт пайдо мешуданд. Дар оғози моҳи апрел растаниҳо қад мекашиданд. Марҳилаи шохаронӣ аз ҳама дурудароз буда, то охири моҳи июн тӯл мекашид (Ҷадвали 3). Дар миёнаи моҳи июл дар растаниҳо марҳилаи бутонизатсия мушоҳида карда мешавад. Пас аз ду ҳафта растаниҳо ба шукуфтани оғоз намуда, ин ҷараён то миёнаҳои моҳи август давом мекунад. Дар миёнаи моҳи август пухтарасии меваҳо оғоз ёфта,

то миёнаҳои сентябр тӯл мекашад. Чамъовариҳои тухмӣ дар миёнаҳои моҳи сентябр гузаронида мешавад.

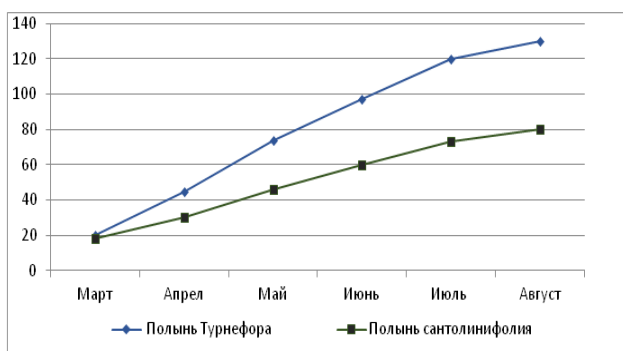
Аз чадвал маълум мешавад, ки явшони сантолинбарг нисбат ба явшони Турнефор 4-5 рӯз таъхирнок аст. Ҳамин тавр, сабзиши растанӣ дар охири нимаи дуҷуми март ба амал омад, шохаронӣ низ дар нимаи дуҷуми июн ҷараён дошт, мевадиҳӣ низ зиёда аз 20 рӯз давом карда, тухмӣ дар охири моҳи сентябр ҷамъоварӣ карда шуд.

Чадвали №3. Сабзиш ва инкишофи явшони Турнефор ва явшони сантолинбарг дар шароити Тоҷикистони Марказӣ

Номи растанӣ	Кишт	Сабазиш	Баргҳо	Шохаронӣ	Бутонизатсия	Шукуфтани гулҳо	Мевадиҳӣ
Явшони Турнефор	10.03	16.03	20.03	5.04	15.06	3.07	14.08
Явшони сантолин. фолия	10.03	18.03	23.03	08.04	18.06	7.07	18.08

Санчишҳои биометрӣ нишон медиҳанд, ки дар моҳи июл баландии растании явшони Турнефор аллакай 110 см, буда, сантолинифолӣ 80 см мебошад. Таҳқиқотҳо аз он шаҳодат медиҳанд, ки дар муқоиса бо шароитҳои табиӣ баландии растанӣ ҳангоми кишт ҳеле камтар аст (Дар шароити табиӣ явшони Турнефор 1м. 80 см, явшони сантолинифолӣ 1м 20 см)

Нишондодҳои биометрии я. Турнефор ва я. Сантолинбарг ҳангоми кишт



Хулоса, таҳқиқотҳо дар самти омӯзиши хусусиятҳои биометрӣ нишон медиҳанд, ки ҳар ду навъи растанӣ ҳангоми ба зироат табдил додани он дар Тоҷикистони Марказӣ хуб парвариш меёбанд, месабзанд ва сикли пурраи вегетатсияро ба анҷом мера-

сонанд. Вале ҳаминаро бояд қайд намуд, ки баландии растанӣ нисбат ба шароити табиӣ инкишфоӣ онҳо каме пасттар аст. Баландии явшони Турнефор 200 см ва 120 см мутаносибан дар шароити табиӣ ҳангоми кишт ва явшони сантолинбарг 100 см ва 75 см мутаносибан дар шароити табиӣ ва ҳангоми кишт мебошад.

Масъалаҳои ошкор намудани захираҳои растаниҳои шифобахши худрӯй барои зиёд кардани оمودасозии ашёи хом бо роҳи истифодаи мақсадноки он имкон медиҳад. Зеро бо роҳи омӯзиши захираҳои растаниҳои шифобахш истифодаи оқилонаи онҳо ба роҳ мондан мумкин аст (3,4). Ҳангоми кам шудани захираҳои ашёи хоми растанигӣ усулҳои парвариш ва ба зироат табдил додани онҳо коркард мешаванд. Хусусиятҳои биологӣ ва махсусиятҳо. Ҳангоми парвариши растаниҳои шифобахш асоснокунии илмии технологияро истифода кардан зарур аст, ки метавонанд ба даст овардани сифати баланди ашёи хоми растаниҳои шифобахшро таъмин намоянд. (5). Бо ҳамин роҳ растаниро дар муҳити табиӣ он ҳифз намуда, мушкилоти ташкили базаи ашёи хомро барои саноати фарматсевтӣ ҳал намудан мумкин аст (6).

Адабиёт

1. Крылова И.А., Шретер Методическое указания по определению запаса лекарственного растительного сырья, 1981, с. 143.
2. Доспехов Б.А. Методика полевого опыта (с основами статистической обработки результатов исследований). – 5-е изд., доп. И перераб. – М.: Агропромиздат, 1985. – 351 с.
3. Крылова И.А. Выявленные запасы дикорастущих лекарственных растений изучение и рациональное использование их для увеличения заготовок сырья / И.А. Крылова, С.Д. Кур // Ресурсы дикорастущих лекарственных растений СССР. – М.: Из-во ВИЛР, 1975. – Вып. 3. – С. 28 -36.
4. Борисова Н.А. Изучение ресурсов лекарственного растительного сырья для организации их рационального использования и охраны / Н.А. Борисова, В.Д. Токарева, М.А. Кузнецова // Курск: Курск. правда, 1982. - 50 с.
5. Терехин А.А., Вандышев В.В. Технология возделывания лекарственных растений – М: РУДН, 2008, 154с.
6. С.Ю. Цёлха, О.Е. Почупайло, Особенности государственного регулирования производства лекарственных трав./Фундаментальная наука и технология, 2016, с. 213 -215

**РЕСУРСНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ И ТЕХНОЛОГИЯ ВОЗДЕЛЫВАНИЯ ПОЛЫНИ
ТУРНЕФОРА И САНТОЛИНОЛИСТНОЙ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРАЛЬНОМ
ТАДЖИКИСТАНЕ**

Ходжаева З.Г., Курбонбекова Ш.Ш.

Институт ботаники, физиологии и генетики растений, НАНТ

В статье приводятся результаты исследования по определению запас растительного сырья полынь Турнефора и сантолинолистной в районе Рудаки Центрального Таджикистана. Показано, что что воздушно-сухой запас сырья полыня Турнефора составило $189,7 \pm 13,2$ кг, эксплуатационный запас – $110,1 \pm 8,3$ кг, возможный объём ежегодной заготовки - $29,4 \pm 1,6$ кг. Что касается полынь сантолинолистной то запас его сырья на данной территории было намного меньше и воз-

можный объём ежегодной заготовки $20,4 \pm 1,5$ кг. В связи с тем, что ресурсный потенциал растений мало на территории Центрального Таджикистана, проводился посев растений и они изучались в культуре. Результаты показали, что оба растения хорошо растут и развиваются до созревания семян.

Ключевые слова: полынь Турнефора, полынь сантолинолистная, ресурсный потенциал, технология возделывания, Центральный Таджикистан.

**RESOURCE POTENTIAL AND TECHNOLOGY OF WORMWOOD TURNEFOR AND
SANTOLINIFOLIA CULTIVATION IN CENTRAL TAJIKISTAN**

Khodzhayeva Z. G., Kurbonbekova Sh. Sh.

Institute of Botany, Plant Physiology and Genetics, NANTES

The article presents the results of a study to determine the stock of plant raw materials of wormwood Tournedor and santolinolistnaya in the Rudaki region of Central Tajikistan. It is shown that the air-dry stock of POLYNATURNEFOR raw materials was 189.7 ± 13.2 kg, the operational stock was 110.1 ± 8.3 kg, and the possible volume of annual harvesting was 29.4 ± 1.6 kg. As for

artemisia santolinolifolia, the stock of its raw materials in this territory was much smaller and the possible volume of annual harvesting was 20.4 ± 1.5 kg. Due to the fact that the resource potential of plants is small on the territory of Central Tajikistan, plants were sown and studied in culture. The results showed that both plants grow well and thrive until the seeds mature.



Key words: wormwood *Tournefortia*, potential, cultivation technology, Central wormwood *santolinolistnaya*, resource Tajikistan.

Хоҷаева З.Г. – аспиранти Институти ботаника, физиология ва генетикаи растаниҳои АМИТ. Тел. 901 03 91 26.

Курбонбекова Ш.Ш. – ходими пешбари илми Институти ботаника, физиология ва генетикаи растаниҳои АМИТ. Тел. 901 03 91 26.

Хоҷаева З.Г. – аспирант Института ботаники, физиологии и генетики растений НАНТ. Тел. 901 03 91 26.

Курбонбекова Ш. Ш. – ведущий научный сотрудник Института ботаники, физиологии и генетики растений НАНТ. Тел. 901 03 91 26.

Khozaeva Z. G. – post-graduate student of the Institute of Botany, Physiology and Genetic plants of, NAST. Tel. 901 03 91 26.

Kurbonbekova Sh.. Sh. – Leading researcher, Institute of Botany, Physiology and Genetic plants of the NAST. Tel. 901 03 91 26.

ХУСУСИЯТИ ЗИДДИ ТОКСИКИИ МАВОДИ ТАҒЕТОЛ ҲАНГОМИ ЗАҲРОЛУДКУНИИ ЧИГАР БО ЗАҲРИ ЧИГАРКУШИ СС14 ДАР КАЛЛАМУШҶОИ САФЕД

Холиқова О.У.

Озмоишгоҳи марказии илмӣ-тадқиқотии МДТ ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино,
Маркази инноватсионии биологӣ ва тиббии АМИ ҚТ

Муҳимият. Дар натиҷаи вайроншавии фаъолияти асосии чигар, ки филтри организм ба ҳисоб меравад ва таъсири байни ҳамдигарии паталогияҳои гуногун ҷе осеббинии чигар дар натиҷаи таъсири маводи табии ҷе кимиёӣ, ки боиси заҳролудшавии он мегардад, бо тағйирёбии хусусиятҳои зидди токсикӣ, ихроҷӣ, таровишӣ ва зиддиоксидӣ чараён мегарад. (1, 2, 9, 10)

Муайян карда шудааст, ки омилҳои асосие, ки ба сарзадани бемориҳои чигар ва системаи гепатобилиарӣ мусоидат мекунанд, дар баробари осеби сирояти ва вирусӣ боз аз таъсири маводи гуногуни токсикӣ, аз ҷумла пестидсидҳо, гербесидҳо, нитратҳо, нитритҳо, госсипол, ғизои носолим, истифодаи трансжирҳо, истифодаи доимии ғизоҳои рафинадкардашуда, доруҳо аз ҷумла маводи стероидӣ ва ғайри стероидии зидди илтиҳобӣ, антибиотикҳо, диуретикҳо, доруҳои зидди бемории сил, сулфаниламидҳо ва ғайра, ки ба сар задани ҳепатити шадид ва музмин, бемориҳои системаи гепатобилиарӣ, талхадон, бемории санги талха, стеатозии чигар мусоидат менамояд. (2, 3, 4, 9). Бояд тазакур дод, ки механизми асосии осеббинии структураи чигар ва ҳуҷайраҳои он аз амалишавии ситоллиз, холестаз, илти-

ҳоб ва вайроншавии чараёни барқароршавӣ (регенератсия) ва раванди метоболикию садамаҳои оксидӣ вобастагии зиҷ дорад. (5, 13). Имрӯз барои табобати бемориҳои чигар ва системаи гепатобилиарӣ асосан доруҳои таркибашон аз флавоноидҳо бой аз ҷумла карсил, легалон, силибор, силимарин, силибин, ЛИФ-52, ва ғайраҳо истифода мебаранд. Дар баробари ин дар тадқиқотҳои илмӣ хусусияти ҳепатоҳифозатӣ, гиполлипидемӣ, зиддиилтиҳобӣ, зидди ташанҷӣ, зиддиоксидӣ ва мембраноҳифозатии рағғанҳои атрӣ аз ҷумла рағғани анҷибар, даҳмаст, бодиён, арвона, ғашнизи, яфшон, арҷаи зарафшонӣ, садбарг, лимӯ ва ғайра омӯхта шуда, муайян карда шуд, ки рағғанҳои мазкур ҳангоми омӯзиш дар ҳайвонҳои озмоишӣ ба хусусиятҳои дар боло овардашуда ҷавобгу буданд. (1, 2, 6, 7, 8, 10). Дар баробари ин муайян карда шудааст, ки маҳмалаки майдагул (*Tagetes patula* L.) дорои хусусияти оромибахшӣ, зидди илтиҳобӣ, ҷароҳатшифой, зидди вирусӣ, зидди ихтилоҷӣ буда, дар тадқиқотҳои илмӣ инчунин хусусияти ҳепатопротекторӣ, зидди илтиҳобии маводи аз он ҷудо карда шуда муайян карда шудааст. (14, 15, 16). Дар баробари ин рағғани атрии маҳмалак дорои хусусиятҳои

талхаронӣ, ҳепатохиѳозатӣ ва зиддиилти-хобӣ, гипополидемай мебошад (11, 12)

Вобаста ба ин хусусиятҳои зидди токсикӣ рағвани атрии маҳмалаки майдагулро дар каламушҳои сафеди бо захри ҷигаркуши СС14 захролуд гардонидашуда оиди омӯзиш қарор додем.

Мақсади тадқиқот: Омӯзиши хусусиятҳои зидди токсикӣ Тагетол ҳангоми ҳепатити токсикӣ дар каламушҳои сафед.

Мавод ва усулҳои тадқиқот: Омӯзиш дар 56-адад каламушҳои сафеди вазнашон ба 220-240г/кг вазн баробар амали карда шуд. Каламушҳо ба гурӯҳҳои зерин тақсим карда шуданд. 1- гурӯҳи солим, 2- гурӯҳи контролӣ, (СС14- 2мл/кг вазн пас аз як рӯз дар муддати як моҳ), 3,4,5- Тагетол-0,01, 0,02, 0,04кг/вазн. 6-олиметин 0,02г/кг вазн, 7-карсил-0,08 кг/вазн. Хусусияти зидди токсикӣ Тагетол бо истифодаи хоби этаминалӣ анҷом дода шуд. Этаминали натриро дар меъёри 40мг/кг вазн тавассути сӯзандору ба дохили шиками каламушҳо ворид намудем. Самаранолкии маводи озмоиширо вобаста ба фарқияти муҳлати дарозии хоби ҳайвонҳои солим, контролӣ ва озмоишӣ муайян намудем.

Ҳепатити токсикиро тавассути дохили пардаи шикам гузаронидани маводи 50% СС14 дар меъёри 2мл/кг вазн пас аз як рӯз муддати як моҳ.

Қоркарди омории мавод бо усули вариатсионӣ ба ПК, бо истифодаи баътаи таҷрибавии “Statistica” амали карда шуд.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Ҳангоми омӯзиши хусусияти зидди токсикӣ маводи Тагетол миқдори ҳайвонҳои ғавтида ва вазни онҳо низ оиди тадқиқ қарор дода шуд. Мувофиқи маълумоти дар нақшаи №1 омада ҳайвонҳои боғиғ захролудшавии шадид ва музминро ба осони паси сар мекунамд. Дар нақшаи захролудшавии нимшадид бо СС14 37,3 %-и каламушҳои назоратӣ ғавтида дар гурӯҳҳои бо Тагетол дар ҳаҷми 0,01, 0,02 ва 0,04г/кг вазн табобат ёфта 20,0%, 10,0% ва 20% ва ҳангоми омӯзиши токсикӣ музмин 37,5% ҳайвонҳои назоратӣ, 25%, 22,2% ва 25%-и ҳайвонҳои озмоишӣ ғавтиданд. Дар гурӯҳҳои бо доруҳои муқоисавӣ карсил ва олиметин дар меъёри 0,08 ва 0,02 табобат ёфта миқдори ҳайвонҳои ғавтида 37,5% ва 25%-ро нисбати ҳайвонҳои назоратӣ ташкил дод.

Ҷадвали №1. -Таъсири вояҳои гуногуни Тагетол ба нишондиҳандаҳои ғавти каламушҳо ҳангоми захролудшавии нимшадид ва шадиди ҳепатити токсикӣ. (n=8- 11)

Гурӯҳҳо ва меъёрҳо дар г/кг	миқдор	Аз онҳо		Зиндамондадар %
		Зинда	ғавтида	
солим	8	8	-	100%
СС14-мл/кг з/п пас аз як рӯз 1-моҳ				
Назоратӣ	11	8	4	63,6%
Тагетол-0,01г/кг	10	8	2	80,0%
Тагетол-0,02г/кг	10	9	1	90,0%
Тагетол-0,04г/кг	10	8	2	80,0%
Карсил-0,08	10	8	2	80,0%
Олиметин -0,02	10	8	2	80,0%
Солим	8	8	-	100%
СС14-мл/кг з/п пас аз як рӯз 2-моҳ				
Назоратӣ	8	5	3	62,5%
Тагетол-0,01г/кг	8	6	2	75,0%
Тагетол-0,02г/кг	9	7	2	77,8%
Тагетол-0,04г/кг	8	6	2	75,0%
Карсил-0,08	8	6	2	75,0%
Олиметин -0,02	8	5	3	70,5%

Эзоҳ: Моҳияти Р барои назоратиҳо нисбати гурӯҳҳои солим ва барои озмоишиҳо нисбати гурӯҳҳои назоратӣ дода шудааст.



Маълумотҳои ба даст омада аз он далолат медиҳанд, ки маводи озмоишӣ Тагетол дар меъёрҳои оиди озмоиш қарордошта, нисбати ҳайвонҳои назоратӣ фоизи ғавти калламушхоро 13,5% ва 15,8 % кам намуда, инчунин нисбати маводи муқоисавӣ олиметин бартари нишон доданд.

Дар баробари ин ҳангоми захролудшавии чигар бо СС14 камшавии назарраси вазни бадани ҳайвонҳо ба мушоҳида мерасад. Ҳангоми захролудшавии нимшадид дар шабонарӯзи 15-ум вазни бадани ҳайвонҳои назоратӣ дар муқоиса бо вазни ибтидоӣ 2,67% , дар шабонарӯзи 30-ум 12% ва пас аз 2-моҳ 14% кам мегардад.

Дар гурӯҳҳои бо Тагетол дар меъёри 0,02 ва 0,04г/кг вазни бадан табобатёфта дар ша-

бонарӯзи 15-ум вазни бадани онҳо дар муқоиса бо вазни ибтидоияшон 12,1, 14,0 ва пас аз ду моҳи табобат дар меъёрҳои дар боло овардашуда 21,1 % ва 24,0% зиёд мегардад. Вобаста ба ин дар гурӯҳҳои бо олиметин ва карсил табобатёфта вазни баданашон баъд аз як моҳ 11,6%, 12% ва пас аз ду моҳ 16,3 ва 18% зиёд мегардад. Ҳамин тариқ вазни ҳайвонҳои бо Тагетол, олиметин ва карсил табобаткарда ба вазни бадани ҳайвонҳои солим наздик буда, нисбати гурӯҳҳои назоратӣ бартари бештар ба мушоҳида мерасад. Дар баробари ин вазни ҳайвонҳои бо Тагетол табобат ёфта, нисбати ҳайвонҳои дар муддати муайян шуда, бо маводи муқоисавии олиметин ва карсил қабул намуда мутаносибан 4,8% ва 6,0% зиёдтар буд.

Ҷадвали № 2.- Таъсири вояҳои гуногуни Тагетол ба вазни бадани ҳайвонҳо ҳангоми захролудшавии нимшадид ва шадиди ҳепатити токсикӣ. (n=8)

Гурӯҳҳо ва меъёрҳо дар г/кг вазн	Нишондиҳандаи вазни ҳайвонҳо дар грамм нисбати вазни ибтидоӣ пас аз дар %			
	Вазни ибтидоӣ-100%	15-шабонаруз	1-моҳ.	2-моҳ.
Солим	210.2±10.2	239.7±11.0 14.0%	259.7±9.8 23.5%	285.0±12.3 35.5%
СС14 2,0мл /кг вазн пас аз як рӯз дар 1- 2-моҳ.				
Назоратӣ	215.8±8.8	210.1±9.7 -2.67%	190.0±9.6 -12%	185.0±8.4 - 13,95%
Тагетол 0,01г/кг	214.2±10.3	234.6±10.4 9.52%	240.5±8.0 12.2%	250.0±9.2 16.71%
Тагетол 0,02г/кг	218.7±7.5	240.5±8.6 10.0%	245.2±9.3 12.1%	265.0±7.5 21.1%
Тагетол- 0,04г/кг	209.2±7.3	230.6±10.4 10.2%	238.5±11.1 14.0%	259.5±8.8 24.0%
Олиметин 0,05г/кг	213.5±9.5	234.5±10.7 9.83%	238.4±8.1 11.6%	248.5±8.6 16.3%
Карсил 0,08г/кг	212.0±7.2	230.38±8.5 8.66%	237.5±9.4 12.0%	250±10.7 18.0%

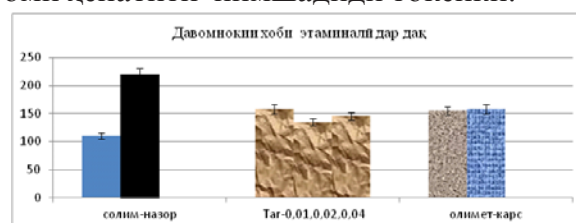
Эзоҳ ; Моҳияти Р барои назоратиҳо нисбати гурӯҳҳои солим ва барои озмоишиҳо нисбати гурӯҳҳои назоратӣ дода шудааст.

Мусалам аст, ки ҳангоми захролудшавии бо захри чигаркуши СС14 фаъолияти зидди- токсикӣ ва зиддиоксидии чигар дар натиҷаи ситолити гепатоситҳо коста мегардад. (1, 8,10).

Хусусияти зиддитоксикии Тагетолро бо усули ҳоби этиминалӣ оиди омӯзиш қарор додем. Мувофиқи маълумотҳои дар расми -1 овардашуда, муайян карда шуд, ки муҳлати ҳоби этиминалии калламушҳои мубталои ҳепатити нимшадиди токсикӣ назо-

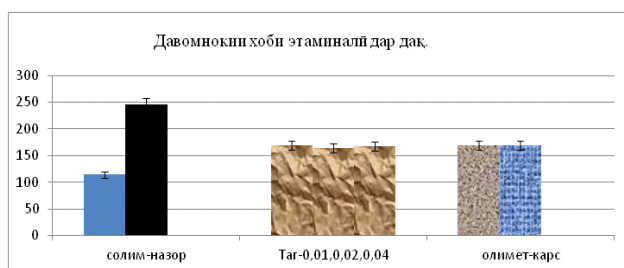
ратӣ нисбати гурӯҳҳои солим 99,6% дароз мегардад.

Расми1. Омӯзиши вояҳои гуногуни Тагетол ба фаъолияти зиддитоксикии чигар ҳангоми ҳепатити нимшадиди токсикӣ.



Дар баробари ин дар калламушхое, ки ба онҳо маводи Тагетол дар вояҳои 0,01, 0,02, 0,04 г/кг вазн хӯронда шуда буд, давомнокии хоби этаминалӣ нисбати гурӯҳи назоратӣ 28%, 36,8% ва 34,0% мутаносибан кӯтоҳ мегардад. Аз таҳлили натиҷаҳои бадаст омада, чунин ба мушоҳида мерасад, ки Тагетол дар вояи 0,02г/кг ҳангоми ҳепатити токсикӣ нимшадид, нисбати вояҳои дигари Тагетол ва маводи мукоисавӣ давомнокии хоби этаминалиро нисбатан кӯтоҳ менамояд.

Расми2. Омӯзиши вояҳои гуногуни Тагетол ба фаъолияти зиддитоксикӣ чигар ҳангоми ҳепатити токсикӣ думоҳа.



Аз натиҷаҳои дар расми -2 овардашуда, бармеояд, ки дар раванди ҳепатити токсикӣ музмин (2-моҳа) вайроншавии вазнини фаъолияти зиддитоксикӣ чигар ба амал меояд. Муҳлати давомнокии хоби этаминалии калламушҳои назоратӣ нисбати гурӯҳҳои солим 114,9% дароз мешавад. Дар баробари ин муҳлати хоби ҳайвонхое, ки бо маводи озмоишӣ

дар муддати 2-моҳ бо вояҳои 0,01, 0,02 ва 0,04г/кг вазн табобат кардашуданд, дар мукоиса бо гурӯҳҳои назоратӣ 30,6%, 33,0%, 31,4% мутаносибан кӯтоҳ мегардад.

Мукоисаи таъсири меъёрҳои истифодашудаи Тагетол ва доруҳои мукоисавӣ олиметин ва карсил дар ин раванд низ нишон доданд, ки маводи Тагетол дар меъёри 0,02г/кг вазн нисбати онҳо бартари доранд. Ҳангоми аз рӯи фаъолнокӣ дар як қатор гузоштани маводи Тагетол муайян карда шуд, ки дар ҷои аввал Тагетол-0,02 г/кг, дувум Тагетол-0,01г/кг, сеюм Тагетол-0,04г/кг, чорум олиметин-0,02г/кг ва панҷум карсил-0,08г/кг вазн меистад. Маълумоти бадаст омада, аз он даллат медиҳанд, ки дар натиҷаи таъсири захири чигаркуши СС14 хусусияти зидди токсикӣ чигар вайрон шуда, дар натиҷаи табобат бо маводи Тагетол (1-2моҳ) дар меъёрҳои нишондодашуда шуда, фаъолияти зиддитоксикӣ чигар вобаста ба барқароршавии ҳуҷайраҳои аз захири чигаркуш осебдидаи он ба эътидол меояд. Муайян карда шудааст, ки рағбанҳои атрӣ дорои хусусиятҳои ҳепатоҳифозатӣ, зиддитаҳанҷӣ, зидди илтиҳобӣ, зиддиоксидӣ ва мембранохифозатӣ, аз ин лиҳоз тахмин меравад, ки хусусияти зидди токсикӣ Тагетол, ки аз рағгани маҳмалаки майдагул ҳосил карда шудааст, бо хусусиятҳои рағбанҳои дар боло овардашуда, алоқамандии зиҷ дорад.

Адабиёт.

1. Азонов Д.А. Фармакология гераноретинола и эфирных масел.- Автореферат на соискание учёной степени доктора мед.наук.- Санкт-Петербург.- 1995.-43с.
2. Азонов Д.А. Гиполипидемические свойства эфирных масел/ Д.А. Азонов., А.К.Холов., Г.В. Розикова и др.// из-во Матбуот, 2015.-141с.
3. Лопаткина Т.Н. Поражение почек при хронических заболеваниях печени / Т.Н.Лопаткина, Т.Н. Краснова // Клиническая гепатология.- 2006.-№3.-С.15-21.
4. Непомнящих Г.И. Универсальные структурные маркеры гепатотоксического воздействия лекарственных препаратов / Г.И. Непомнящих, Г.А.Дюбанова, Д.Л. Непомнящих и др.// Бюллетен СО Рамн.-2008.-№6(134).-С.86-93.
5. Панченко Л.Ф. Механизмы антиэндотоксиновой защиты печени [Текст] / Л.Ф. Панченко, С.В. Пирожков Н. Н.Теребилина // Патологич. Физиология и эксперим. Терапия.- 2012.- №2.- С. 62-69.
6. Разикова Г.В. Фармакология гераноретинола и эфирных масел/ Автореферат на соискание учёной степени канд. мед. наук.- Душанбе.- 2012.- 21с.
7. Сафаров Х.С. Некоторые аспекты фармакологии эфирных масел можжевельника и полыни обыкновенной // Дис. на соискание ученой степени канд. мед.наук.-Душанбе.- 2010.- 105с.



8. Шарипов Х.С. Фармокология кориандрового эфирного масла.- Автореферат на соискание ученой степени канд. мед. наук.- Душанбе.- 2009.-23 с.
9. Шульпекова Ю.О. Лекарственные поражения печени / Ю.О.Шульпекова// Здоровье Украины .- 2010.-№8.- С. 24-25.
10. Холов А.К. Сравнительные желчегонные свойства липовитола, лимонеола, холелитола (ФЭМ), карвиола и эфирного масла можжевельника (ЭММ) при токсическом гепатите / А.К.Холов // Наука и мир.- 2022.-№5 (105).-С .78-83.
11. Холикова О.У. Влияние эфирного масла бархатцев мелкоцветковых (*Tagetes patula* L.) на некоторые биохимические процессы при токсическом гепатите/ О.У.Холикова, Д.А. Азонов, Х.А.Ганиев // Colloquium-journal.- 2019.- №11 (35).-С. 49-53.
12. Холикова О.У. Хусусияти талхаронии маводи Тагетол ҳангоми захролудкунии чигарбо захири чигаркуши СС14/ О.У.Холикова, Ҷ.А.Азонов // Авчи зухал.-2020.- №2.-С. 98-102.
13. Miller A.M. The IL-33/ST2 pathway- A new therapeutic target in cardiovascular disease/ A.M.Miller., F.Y. Liew// PharmacolTher.- 2011 vol. 131.-№2.- pp. 179-186.
14. Gong Y. Investigation into the antioxidant activity and chemical composition of alcoholic extracts from defatted marigold (*tagetes erecta* L.) residue [Text] /Y. Gong, X.Liu, W.He, H.Xu, F.Yuan, Y. Gao// Fitoterapia.- 2012.- Vol. 83.-№3.- P. 481-489.
15. Yasukawa K. Effects of Flavonoids from French Marigold (Florets of *Tagetes patula* L.) on Acute Inflammation Model [Text] / K. Yasukawa, Y. Kasahara// International Journal Of Inflammation.- 2013.-Vol.2013.- P. 1-5.
16. Faizi S. Bioassay- guided isolation of antioxidant agents with analgesic properties from flowers of *Tagetes patula* [Text] / S.Faizi, A.Dar, H. Siddiqi, S.Naqvi, A. Naz, S. Bano, N. Lubna // Pharmaceutical Biology.- 2011.- Vol. 49.- №5.- P. 516-525. [http://dx. doi.org/ 103109/ 13880209.2010.523006](http://dx.doi.org/10.1031/0913880209.2010.523006).

АНТИТОКСИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ТАГЕТОЛА ПРИ ТОКСИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ПЕЧЕНИ НА ФОНЕ ТОКСИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ СС14 НА БЕЛЫХ КРЫСАХ

Холикова О.У.

ЦНИЛ ГОУ ТГМУ имени Ауали ибн Сино, аспирант Центра инновационной биологии и медицины НАН РТ.

Резюме: В статье представлены результаты влияния различных доз Тагетол на показатели выживаемости массы тела и анти-токсический функция печени при подостром и двухмесячном поражении печени СС14. Согласно полученным результатам при месячной и двухмесячном введении гепатотоксического яда СС14 у контрольных животных наблюдается снижение массы тела, а также гибель контрольных животных на 37,5% наряду с этим под действием гепатотоксина наблюдается нарушение анти-токсической функции печени. В сериях леченных в дозах 0,01, 0,02, 0,04 г/кг масса тела в течение 1 и 2 месяцев наблюдается улучшение анти-токсической функции печени что выра-

жается в дословном укорочении этаминалового сна. На ряду с этим установлено что Тагетол в дозе 0,02г/кг массы не только превосходит по эффективности остальные дозы но и превосходит подобные свойства препаратов сравнения олиметина и карсила.

Ключевые слова: Тагетол, четыреххлористый углерод, этаминаловый сон, олиметин, карсил, анти-токсический функция, печень.



ANTITOXIC PROPERTIES OF TAGETOL IN WHITE RATS WITH LIVER TOXIC DAMAGE ON THE BACKGROUND OF CC14 TOXIC EXPOSURE

Kholikova O.U.

Central Scientific Research Laboratory of the State Agrarian University of Tajik State Medical University named after Aualiibn Sino, postgraduate student of the Center for Innovative Biology and Medicine of the Academy of Sciences of the Republic of Tajikistan.

Summary: The article presents the results of the effect of various doses of Tagetol on survival rates of body weight and antitoxic liver function in subacute and two-month CC14 liver damage. According to the obtained results, with a monthly and two-month administration of hepatotoxic poison CC14 in control animals, a decrease in body weight is observed, as well as the death of control animals by 37.5%, along with this, under the action of hepatotoxin, a violation of the antitoxic function of the liver is observed.

In series treated at doses of 0.01, 0.02, 0.04 g/kg body weight for 1 and 2 months, there is an improvement in the antitoxic function of the liver, which is expressed in a significant shortening of etaminal sleep. Along with this, it was established that Tagetol at a dose of 0.02 g/kg of body weight not only brings other doses in terms of effectiveness, but also surpasses the similar properties of the comparator drugs olimetin and carsil.

Keywords; Tagetol, carbon tetrachloride, etaminal sleep, olimetin, carsil, antitoxic function, liver.

Холикова О.У. – ходими хурди илмийи ОМИТ-и МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, аспиранти маркази инноватсионии биологӣ ва тиббии АИ Ҷумҳурии Тоҷикистон. Тел.: 915 04 02 03.

Холикова О.У. - м.м.с. ЦНИЛ ГАУ ТГМУ имени Ауали ибн Сино, аспирант Центра инновационной биологии и медицины АН РТ. Тел.: 915 04 02 03.

Kholikova O. U. TSNIL GAUTSMUthem.Abualiibn Sino, gradyate student of the Centr for Innovative Biology and Medicine of the Academy of Sciences of the RT.Tel.: 915 04 02 03.



ҚАРРОҲӢ

НАҚШИ CD34+ ҲУҶАЙРАҲОИ ХУНИ ПЕРИФЕРИЙ ПЕШ АЗ ЧАМЪОВАРИИ ҲУҶАЙРАҲОИ БУНЁДӢ БО ИСТИФОДА АЗ ЛЕЙКАФЕРЕЗ

Мавлонов Ф.Б¹, Исмоилзода С.С^{1,2} Зокиров Р.А¹, Достиев У.А²

¹Маркази миллии илмӣ пайвандсозии узв ва бофтаҳои инсон, Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон, ²Кафедраи қарроҳии инноватсионӣ ва трансплантатсияи МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”.

Муҳимият. Трансплантатсияи ҳуҷайраҳои гемопоэтикии бунёдӣ (ТХБГ) – усули табобате мебошад, ки имконият медиҳад химиотерапияи интенсивнокиаш баланд (кондитсионӣ) бидуни миелоаблятсияи доимӣ ва инфузияи ҳуҷайраҳои гемопоэтикии бунёдӣ (ҳам аутологӣ ва ҳам аллогенӣ) гузаронида шавад. Ҳуҷайраҳои гемопоэтиро ё аз мағзи устухон, хуни канорӣ, ё аз хуни банди ноф ба даст овардан мумкин аст. Истифодаи васеи мағзи устухон ба сифати сарчашмаи ҳуҷайраҳои бунёдӣ барои табобати бемориҳои гематологӣ, онкологӣ, ирсӣ ва иммунологӣ натиҷаи таҳқиқотҳои садсолаҳо ба шумор меравад [1-3].

Ҳуҷайраҳои канориро бо ёрии дастгоҳ барои аферез пас аз мобилизатсия аз мағзи устухон ва хуни канорӣ ҷамъоварӣ мекунам. Айни замон зиёда аз 90%- трансплантатсияи мағзи устухон ва тақрибан 70% аллогенҳо истифода карда мешаванд. Ин ҳуҷайраҳо, ки бо номи ҳуҷайраҳои бунёдӣ хуни канорӣ маъруфанд, сарчашмаи афзалиятноки ТХБГ аутологӣ шуда мондаанд. Бартариҳои ҳуҷайраҳои периферӣ ё канорӣ аз ҳуҷайраҳои бунёдӣ мағзи устухон аз зудтар барқарор намудани ҳунофарӣ, барқароршавии беҳтари иммунологӣ ва протсессии нисбатан оддитари ҷамъоварӣ иборат мебошад. Истифодаи онҳо дар шароити аллогенӣ айни ҳол, бинобар таъсири он ба модулятсияи аксуламали “трансплантат зидди ҳуҷаин” интиҳоби аввалин нест [2,4].

Ҳуҷайраҳои гемопоэтикӣ- пешсоз дар тмембранаи ҳуҷайра маъмулан антигени CD34 –ро ифода мекунад ва ин ба колонияи дар киштҳои ҳуҷайра тавлид кардани воҳидҳо ҳамбастагӣ дорад, ки ин барои муайянунии миқдори ҳуҷайраҳои бунёдӣ стандартӣ тиллоӣ ба шумор меравад. Файр аз ин,

муайянкунии миқдори CD34 + ҳуҷайраҳо бо усули ситометрияи ҷорӣ дар фаъолияти амалии клиникӣ ба сифати нишондиҳандаи иловагии ҳуҷайраҳо –пешсозҳои гемопоэтикӣ ба қор бурда мешаванд. Дар шароитҳои муътадил муҳтавои CD34 + ҳуҷайраҳо дар хуни канорӣ (ХК) аз 0,01 то 0,05%5; нормальных условиях содержание CD34 +-клеток в ПК составляет от 0,01 до 0,05%5; дар мағзи устухон (МУ) маъмулан камтар аз 1%-и ҳуҷайраҳои муътадили моноклеариро ташкил медиҳанд [5]. Миқдори ҳуҷайраҳо –пешсозҳо, ки барои ҳосил кардани барқарорсозии лозимии ҳунофарӣ заруранд, ҳанӯз ҳам баҳснок боқӣ мемонад, аммо барои ба даст овардани пайвандкунии устувор камаш 2-5 Ч 106 CD34 +-ҳуҷайра ба кг массаи бадан талаб карда мешавад.

Мақсади таҳқиқот. Беҳтар кардани натиҷаҳои автотрансплантатсияи мағзи устухон тавассути ошкор кардани ҳуҷайраҳои хуни периферии CD34 + пеш аз ҷамъоварии ҳуҷайраҳои бунёдӣ бо истифода аз лейкофазерез.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Ба таври ретроспективӣ таҳлили 29 амали пайдарпайи лейкофазерезро дар шӯъбаи трансплантатсияи мағзи устухони Маркази миллии илмӣ пайвандсозии узв ва бофтаҳои инсон Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тотористон ба таври ретроспективӣ таҳлил кардем. Муқоисаи ретроспективӣ байни ду усули муҳталифе, ки барои ҳисоб кардани омили ҷудошавӣ истифода мешаванд ва таҳлили баъзе омилҳо, ки метавонанд ба ин таъсир расонанд, гузаронида шуд. Параметрҳои гуногун, ки ба пешгӯӣ ва ноил шудан ба баромади CD34 + ҳуҷайраҳо мусоидат мекунам. Мобилизатсия бо омили ҳавасмандкунандаи колонияи гемопо-

этикии гранулоцит гузаронида шуд (G-CSF бо 10 мкг/кг ба ду воияи зери пӯстӣ тақсим карда шуд. Хучайраҳо дар рӯзи 5-уми мобилизатсия ҷамъоварӣ карда шуданд.

Миқдори CD34 + хучайраҳои позитивӣ пешакӣ дар хуни канории донори аутологӣ баро маҳсулоти лейкофезис бо ёрии ситометрияи ҷорӣ FACS Calibur, Becton Dickinson, Гейделберг, Германия) муайян карда шуд. Таҳлили ситометрияи ҷорӣ мувофиқи протоколи тасдиқшудаи аз тарафи Ҷамъияти байналмилалӣ гематология ва инженерияи трансплантатсионӣ гузаронида шуд. Миқдори умумии лейкоцитҳо бо ёрии ҳисобкунаки автоматикии қутрдори хучайраҳо (Sysmex XE 2100; Корпоратсияи Sysmex, Япония) ҳисоб карда шуданд ва антителаи моноклоналиро бар Миқдори CD34 + хучайраҳо (клон 8G12; BD Biosciences, Сан-Хосе, ИМА) ва CD45 (клон 2D1; BD Biosciences, Сан-Хосе, США)-ро истифода намуданд. Ҳамаи дастамалҳо бо истифода аз сепаратори хучайраҳо SpectraOptia (ИМА) гузаронида шуданд. Дастгоҳ ба низом дароварда шуда мувофиқи танзими пешфарз кор кард. Таҳлили оморӣ бо истифода аз барномаи MicrosoftExcel (США) ва SPSS (ИМА) иҷро карда шуд. Истифодаи t-тест барои муқоисаи кардани миқдори миёнаи CD34 + то дастамал ва пас аз он. Дар ҳолате, ки дар як донор як дастамал гузаронида шуда буд, хусусиятҳои гуногуни ҷамъоварӣ дар рӯзи аввал ва рӯзҳои минбаъда муқоиса карда шуд. Таҳлили регрессияи хаттӣ барои баҳодихӣ ба таъсири синну сол ва вазни донор, гематокрит, миқдори пешакии CD34 + хучайраҳо, миқдори мутлақи пешакии CD34 + хучайраҳо, ва ҳаҷми аферези коркардшуда анҷом дода шуд.

Натиҷаҳо. Фоизи хучайраҳои CD34+ ҳангоми аферез дар муқоиса бо намунаҳои хуни периферӣ баландтар буд (мутаносибан 0,15%

нисбат ба 0,03%; арзиши $p < 0,001$). Мутаносибан, миқдори миёнаи умумии лейкоцитҳо ҳангоми аферез дар муқоиса бо намунаҳои хуни периферӣ низ баландтар буд (мутаносибан 155,794/мкл ба 35,563/мкл; арзиши $p < 0,001$). Ин қобилияти системаи аферезиро барои центрифуга ва концентратсияи куртаи буффини бемор исбот мекунад. Дар байни хучайраҳои CD34+/мкл аз хуни перифералӣ ва умумии хучайраҳои CD34+/кг вазни бадан/табобат таносуби мӯътадили мусбат пайдо шуд ($r=0,596$; арзиши $p < 0,001$). Дар кӯшиши таҳлили ҳассосият, устувории ин ассотсиатсия вақте баҳо дода шуд, ки маълумот аз рӯи хусусиятҳои гуногуни ибтидоӣ табақабандӣ карда шуд; ин таносуб барои зергурӯҳҳои чинс, ташхис ва речаи сафарбаркунӣ муҳим боқӣ монд (арзиши $p < 0,01$). Барои арзёбии пешгӯиҳои гуногуни эҳтимолии натиҷаҳои ҷамъоварӣ як равиши модели гуногунҷабҳа истифода шудааст. Моделҳои яктарафа ба таври афзоианда ҷамъ карда шуданд, то тағирёбандаҳои истисно кунанд, ки бо арзиши $p < 0,2$ аҳамият надоранд. Ягонаи пешгӯӣ, ки бо ин истисноӣ марҳилавӣ идома дошт, шумораи хучайраҳои CD34+ (қимати $p < 0,001$) буд ва тибқи муодилаи регрессия, ҳар як афзоиши панҷ хучайра/мкл боиси афзоиши миёнаи хучайраҳои 0,384106 CD34+/кг бадан гардид. вазн / барои як дастамал.

Хулоса. Ҳамин тариқ, шумори хучайраҳои пешгосзи хуни периферии CD34+ бояд мунтазам барои роҳнамоӣ кардани ҷамъоварии хучайраҳои бунёдӣ тавассути лейкофезис истифода шаванд. Ин тағйирёбанда ҳосили ниҳии хучайраҳои бунёдиро боэътимод пешгӯӣ мекард. Ин стратегия ба баланд шудани сатҳи муваффақияти ҷамъоварии аферез оварда расонид, равандро самараноктар, хароҷотро ва ба ин васила беморонро аз дастамали иловагӣ наҷот дод.

Адабиёт

1. Ponchio L. Both cycling and noncycling primitive progenitors continue to be mobilized into the circulation during the leukapheresis of patients pretreated with chemotherapy and G-CSF. // L. Ponchio et al. / Br J Haematol. 2017.-Vol 99.-P. 394–402.
2. Matic G.B. Effect of processed blood volume, leukocyte count and concentration of CD34-positive cells in peripheral blood on efficiency of stem cell apheresis // G.B. Matic et al. / BeitrInfusionstherTransfusionsmed. 2016.-Vol 34.-P. 139–43.



3. Sawant R.B. Correlation of CD34+ cell yield in peripheral blood progenitor cell product with the pre-leukapheresis cell counts in peripheral blood. // R.B. Sawant et al. /J Assoc Physicians India. -2015.-Vol 53.P.1031–5.
4. Sarkodee A.R. et al. Influence of preapheresis clinical factors on the efficiency of CD34+ cell collection by large-volume apheresis.// A.R. Sarkodee et al/ Bone Marrow Transplant. 2018.-Vol 31.-P. 851–5.
5. Ford C.D. An evaluation of predictive factors for CD34+ cell harvest yields from patients mobilized with chemotherapy and growth factors. // C.D. Ford et al /Transfusion.-2016.-Vol 43.-P.622.

РОЛЬ CD34 +-КЛЕТОК ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПЕРЕД ЗАБОРОМ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК С ПОМОЩЬЮ ЛЕЙКАФЕРЕЗА

Мавлонов Ф.Б¹., Исмоилзода С.С^{1,2} Зокиров Р.А¹., Достиев У.А²

¹Национальный научный центр трансплантации органов и тканей человека МЗ и СЗН РТ.

²Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Цель исследования: улучшение результатов аутооттрансплантации костного мозга путем, выявление CD34 + клеток периферической крови перед забором стволовых клеток с помощью лейкофереза.

Материал и методы. Ретроспективно были проанализированы 29 последовательных процедур лейкофереза, выполненных в отделении трансплантации костного мозга Национального научного центра трансплантации органов и тканей человека МЗ и СЗН РТ. Было проведено ретроспективное сравнение двух различных методов, используемых для расчета коэффициента сепарации, и анализ некоторых факторов, которые могут повлиять на это. Различные параметры, которые способствуют прогнозированию и достижению выхода CD34 + клеток. Была проведена мобилизация с помощью гемопоэтического гранулоцитарного колониестимулирующего фактора (G-CSF с 10 мкг / кг, разделенных на две дозы, вводимых подкожно. Клетки собирали на 5-й день мобилизации.

Результаты. Процент CD34 +-клеток был выше при аферезе по сравнению с образцами периферической крови (0,15% против 0,03% соответственно; р-значение<0,001). Соответственно, среднее общее количество лейкоцитов также было выше при аферезе по сравнению с образцами периферической крови (155 794 / мкл против 35 563 / мкл соответственно; р-значение<0,001). Это доказывает способность системы афереза цент-

рифугировать и концентрировать охристую оболочку пациента. Обнаружена умеренная положительная корреляция между CD34 +-клетками / мкл из периферической крови и общим количеством CD34 +-клеток / кг массы тела / процедура ($r = 0,596$; p -значение $< 0,001$). В попытке проанализировать чувствительность, была оценена устойчивость этой ассоциации при стратификации данных по различным исходным характеристикам; эта корреляция оставалась значимой (p -значение $< 0,01$) для подгрупп пола, диагноза и режима мобилизации. Для оценки различных возможных предикторов результатов сбора был использован подход с использованием многомерной модели. Поэтапно были собраны одномерные модели, чтобы исключить переменные, которые не были значимыми, учитывая значение $p < 0,2$. Единственным предиктором, который сохранялся при этом поэтапном исключении, было количество CD34 + клеток (p -значение $< 0,001$), и, согласно уравнению регрессии, каждое увеличение на пять клеток / мкл приводило к среднему увеличению на 0,384106 CD34 + клеток / кг массы тела / процедуру.

Выводы. Таким образом, подсчет клеток-предшественников периферической крови CD34 + следует систематически использовать для руководства забором стволовых клеток с помощью лейкофереза. Эта переменная надежно предсказывала конечный выход стволовых клеток. Эта стратегия при-

вела к увеличению успешности сбора афереза, что сделало эту процедуру более эффективной, снизило затраты и, следовательно, избавило пациентов от дополнительных

процедур.

Ключевые слова: трансплантация костного, клетки периферической крови, коэффициент сепарации, клеточная терапия.

THE ROLE OF CD34+ PERIPHERAL BLOOD CELLS BEFORE STEM CELL COLLECTION USING LEUKAPHERESIS

Mavlonov F.B.¹ Ismoilzoda S.S.^{1,2}, Zokirov R.A.¹, Dostiev U.A.

¹National Scientific Center for Transplantation of Human Organs and Tissues, Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan, ²Department of Innovative Surgery and Transplantation, ATSMU named after Abualiibn Sino

The aim of the study was to improve the results of bone marrow autotransplantation by detecting CD34 + peripheral blood cells before stem cell harvesting using leukapheresis.

Material and methods. We retrospectively analyzed 29 consecutive leukapheresis procedures performed in the bone marrow transplantation department of the National Scientific Center for Human Organ and Tissue Transplantation of the Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tatarstan. A retrospective comparison was made between the two different methods used to calculate the separation factor and an analysis of some of the factors that may affect this. Various parameters that contribute to the prediction and achievement of the output of CD34 + cells. Mobilization was performed with hematopoietic granulocyte colony stimulating factor (G-CSF with 10 jg/kg divided into two subcutaneous doses. Cells were harvested on day 5 of mobilization.

Results. The percentage of CD34+ cells was higher with apheresis compared with peripheral blood samples (0.15% vs. 0.03%, respectively; p-value<0.001). Accordingly, the mean total leukocyte count was also higher with apheresis compared with peripheral blood samples (155,794/ μ l vs. 35,563/ μ l, respectively; p-value<0.001). This proves the ability of the apheresis system to centrifuge and concentrate the patient's buffy coat. A moderate positive

correlation was found between CD34+ cells/ μ l from peripheral blood and total CD34+ cells/kg body weight/treatment ($r=0.596$; p-value<0.001). In an attempt to analyze sensitivity, the robustness of this association was assessed when data were stratified by various baseline characteristics; this correlation remained significant (p-value<0.01) for subgroups of gender, diagnosis, and mobilization regimen. A multivariate model approach was used to evaluate various possible predictors of collection outcomes. Univariate models were incrementally assembled to exclude variables that were not significant given a p<0.2 value. The only predictor that persisted with this stepwise exclusion was CD34+ cell count (p-value<0.001), and according to the regression equation, each increase of five cells/ μ l resulted in a mean increase of 0.38 $\pm$ 106 CD34+ cells/kg of body weight / per procedure.

Conclusions. Thus, peripheral blood CD34+ progenitor cell counts should be used systematically to guide stem cell harvesting by leukapheresis. This variable reliably predicted the final yield of stem cells. This strategy resulted in an increase in the success rate of apheresis collection, making the procedure more efficient, lowering costs, and therefore saving patients from additional procedures.

Key words: bone marrow transplantation, peripheral blood cells, separation factor, cell therapy.

Мавлонов Ф. Б. - н. и. т., муовини директори МД “Маркази илмий пайвандсозии узв ва бофтаҳои инсон ВТ ва ҲИАҶТ” (+992915540433).

Зокиров Р. А. - н. и. т., котиби илмий МД “Маркази илмий пайвандсозии узв ва бофтаҳои инсон ВТ ва ҲИАҶТ” (+992915540433) email: zokirov.r.a@mail.ru



Исмоилзода Саймахмуд Саидахмад – д. и. т., директори МД “Маркази илмӣ пайвандсозии узв ва бофтаҳои инсон ВТ ва ҲИАҚТ”, (+992918660480), email:iss1971@mail.ru.

Достиев Умед Ашурович – н. и. т., ассистенти кафедраи ҷарроҳии инноватсионӣ ва трансплантологияи МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино” (+992917217744) email: umed.dostiev@yandex.com

Мавлонов Ф.Б. - к.м.н., зам. директор ГУ “Национальный научный центр трансплантации органов и тканей человека МЗ и СЗН РТ” (+992915540433)

Зокиров Р. А. - к.м.н., ученый секретарь ГУ “Национальный научный центр трансплантации органов и тканей человека МЗ и СЗН РТ” (+992915540433) email:zokirov.r.a@mail.ru

Исмоилзода Саймахмуд Саидахмад – д.м.н, директор ГУ “Национальный научный центр трансплантации органов и тканей человека МЗ и СЗН РТ” (+992918660480), email:iss1971@mail.ru

Достиев Умед Ашурович – к.м.н., ассистент кафедры инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино” (+992917217744) email: umed.dostiev@yandex.com

F. B. Mavlonov - Candidate of Medical Sciences, Deputy. director State Institution “ National Research Center for Human Organ and Tissue Transplantation of the Ministry of Health and Health of the Republic of Tajikistan” Тел.+992915540433

Zokirov R. A. - Candidate of Medical Sciences, Scientific Secretary State Institution “ National Research Center for Human Organ and Tissue Transplantation of the Ministry of Health and Health of the Republic of Tajikistan” (+992915540433) Email: zokirov.r.a@mail.ru

Ismoilzoda S. – Doctor of Medical Sciences, Director of the State Institution “ National Research Center for Human Organ and Tissue Transplantation of the Ministry of Health and Health of the Republic of Tajikistan”, (+992918660480), Email:iss1971@mail.ru

Dostiev U.A. – Candidate of Medical Sciences, Assistant of the Department of Innovative Surgery and Transplantation of the State Medical University named after Abualiibnisino (+992917217744) Email: umed.dostiev@yandex.com

ОМИЛҲОЕ, КИ БА ИҶРОИ ҶАМЪОВАРИИ ҲУҶАЙРАҲОИ БУНЁДИИ АУТОЛОГИИ ХУНИ ПЕРИФЕРАЛӢ ТАЪСИР МЕРАСОНАНД

Исмоилзода С.С.^{1,2}, Зокиров Р.А.¹, Мавлонов Ф.Б.¹, Достиев У.А.²

¹Маркази миллии илмӣ пайвандсозии узв ва бофтаҳои инсон, Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон. ²Кафедраи ҷарроҳии инноватсионӣ ва трансплантатсияи ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино

Мубрамият. Трансплантатсияи ҳуҷайраҳои гемопоэтикӣ- пешсоз ҳангоми табобати як қатор бемориҳои хун, омосҳои саратонӣ ва аномалияҳои генетикӣ боз ҳам бештар мавриди истифода қарор мегиранд [1,2]. Ҳуҷайраҳои бунёдӣ –пешсоз хеле кам дучор мешаванд ва асосан дар мағзи йстухон бо басомади нисбатан кам (0,01-0,5% ҳуҷайраҳои ҳастадор) дар хуни канорӣ ба ҷаҳиш мерасанд [4]. Вале таҳрики ҳуҷайраҳо дар хуни канорӣ бо истифода аз омилҳои хатар ё химиотерапияи микдори ҳуҷайраҳои бунёдӣ гардишкунандаи хуни канориро зиёд мекунад, ки ин ҷамъовариҳои онҳоро дар

хуни канорӣ осон месозад [5]. Ин ҳуҷайраҳои бунёдиро бо ёрии лейкофerez ҷамъ меоваранд ва ба таври микдорӣ дар азнавҳисобкунии CD34-позитивӣ (CD34+) ҳуҷайраҳо муайян мекунад.

Кифияти будани ҷамъовариҳо бо микдори CD34 + ҳуҷайра дар килограмм массаи бадани ретсипиент андоза мекунад. задани бомуваффақият дар сурати аз 2 то 5 Ч 10⁶ CD34 + ҳуҷайра/кг ба қайд гирифта шудааст. [3]. Ҳадди ақали остона дар 10-30 CD34 + ҳуҷайраҳои гардишкунанда дар микролитр чунин натиҷаҳои қаоатмандкунандаро таъмин мекунад. Ин сатҳҳои ҳуҷайраҳои

гардишкунанда дар байни ирӯзҳои 5-7 пас аз сар шудани таҳрик бо ёрии омили хатар ба даст оварда мешавад ва ин вақти муносиб барои сар кардани чамъоварӣ ба ҳисоб меравад. Маъмулан, дар як процедураи лейкофerez аз ду то чор ҳаҷми хун коркард мешавад, ба ин нигоҳ накарда, баъзан чамъовариҳои силсилавӣ барои ҳосил кардани дозахҳои дахлдори CD34 + ҳучайраҳо барои трансплантатсия талаб карда шаванд.

Муваффақияти трансплантатсия асосан аз гузаронидани дозаи кофии CD34 + ҳучайраҳо барои зуд барқарор шудани ҳунофарӣ дар беморон вобаста аст. Инро метавон пеш аз ҳама, аз рӯйи чунин натиҷаҳои табобати беморон, ба монанди пайвандзанӣ, беморӣ ва ё фавт, ки ба трансплантатсия вобастаанд, баҳогузорӣ инамуд. Бар иловаи натиҷа, самаранокии чамъоварӣ яке аз параметрҳои объективии сифат маҳсуб аст, ки метавонад барои баҳодихии потенциали сепаратори ҳучайрвӣ, барои ба даст овардани ҳосили баланди ҳучайраҳои истихроҷшуда истифода шаванд ва пас барои трансплантатсияи бомуваффақият мусоидат намоянд. Аммо маълумотҳо дар бораи СЕ сепаратори ҳучайрвӣ маҳдуданд, махсусан нисбат ба ҷамъовариҳои ҳучайраҳои CD34 +.

Ҳадафи тадқиқот. Беҳтар кардани натиҷаҳои автотрансплантатсияи мағзи устухон тавассути муайян кардани омилҳое, ки ба самаранокии чамъовариҳои ҳучайраҳои бунёдии аутологӣ аз хуни канорӣ (периферӣ) таъсир мерасонанд.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Мо 29 амали пай дар пайи лейкофerezро даршуъбаи трансплантатсияи мағзи устухони Маркази миллии илмӣ пайвандсозии узв ва бофтаҳои инсон Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон ба таври ретроспективӣ таҳлил кардем. Муқоисаи ретроспективӣ байни ду усули мухталифе, ки барои ҳисоб кардани омили ҷудошавӣ истифода мешаванд ва таҳлили баъзе омилҳое, ки метавонанд ба ин таъсир расонанд, гузаронида шуд. Параметрҳои гуногун, ки ба пешгӯӣ ва ноил шудан ба баромади ҳучайраҳои CD34 + мусоидат мекунанд. Мобилизатсия бо омили ҳавасмандкунандаи коло-

нияти гемопоэтикии гранулоцит гузаронида шуд (G-CSF бо 10 мкг/кг ба ду вояи пӯст тақсим карда шуд. Ҳучайраҳо дар рӯзи 5-уми таҳриkkунӣ чамъоварӣ карда шуданд.

Миқдори CD34-ҳучайраҳои мусбат қаблан дар хуни периферии донори аутологӣ ва маҳсулот барои лейкофerez бо истифода аз ситометрияи ҷорӣ (FACS Calibur, Becton Dickinson, Гейделберг, Олмон) муайян карда шуд. Таҳлили ситометрияи ҷорӣ тибқи протоколи қабулшуда, ки Ҷамъияти байналмилалӣ гематология ва муҳандисии трансплантатсионӣ пешниҳод гаштааст, гузаронида шуд. Шумораи умумии лейкоцитҳо (ТСХ) бо истифода аз ҳисобкунаки калибрашудаи автоматӣ ҳучайраҳо (Sysmex XE 2100; Ширкати Sysmex, Ҷопон) ва истифодаи подтани моноклоналӣ бар CD34 (clone 8G12; BD Biosciences, Сан-Хосе, ИМА) ва CD45 (clone 2D1; BD Biosciences, Сан-Хосе, ИМА) гузаронида шуд.

Ҳамаи процедураҳо бо истифода аз сепаратори ҳучайравӣ SpectraOptia (ИМА) сурат гирифт. Дастгоҳ калибра шуда ва мувофиқи тибқи танзимот бо иҷозат кор мекард.

Коркарди омории мавод дар сурати мутобиқат кардани тақсимои намуна ба қонуни муътадил гузаронида шуд, бо ёрии меъёрҳои Колмогоров-Смирнов ва Шапиро-Уилка баҳогузорӣ шуд, маълумотҳо дар шакли дар шакли қимати миёнаи арзишҳо ва хатои стандартӣ ($M \pm \sigma$) пешниҳод карда шуданд; нишондиҳандаҳои сифатӣ дар шакли рақамҳои мутлақ ва ҳиссаи онҳо (%) пешниҳод карда шуд. Ҳангоми муқоиса кардани нишондиҳандаҳои байни гурӯҳҳо дар сурати ба қонуни муътадил мутобиқат кардани тақсимои намунаҳо аз озмоиши дутарафаи Стюдент, барои гузаронидани муқоиса кардани дохили гурӯҳҳо аз озмоиши ҷуфти Стюдента истифода карда шуд. Ҳангоми муқоиса кардани нишондиҳандаҳои сифатӣ дар байни ду гурӯҳ аз меъери дақиқи Фишер истифода гардид, ҳангоми муқоисаи зиёда аз ду гурӯҳ U-меъери Манн-Уитни мавриди истифода қарор дода шуд. Сатҳи ниҳоии аҳамияти омории $p > 0,05$ –ро ташкил кард.

Натиҷаҳо. Арзиши миёнаи коэффисиен-



ти сепаратсия 41,2%-ро (диапазони 7,40-171,49%) ташкил дод. Дар 18 ҳолат арзиши миёнаи коэффисиенти сепаратсия 49,1% (диапазони 8,14-179,75%) буд. Консентратсияи ҳам лейкоцитҳо ва ҳам ҷайраҳои CD34 + дар маҳсулот аз миқдори ибтидоии онҳо дар ҳуни канорӣ зеде зиёд буд. Миқдори лейкоцитҳо ба ҳисоби миёна 5 маротиба зиёд шуд (диапазони 1,6—33,64). Дар ин коллексияҳои силсилави параметрҳои гуногун дар рӯзи 1 ва 2-юми ҷамъоварӣ муқоиса карда шуданд. Муайян карда шуд, ки рӯзи интиҳоб ба омили сепаратсия таъсир намерасонад. Бо вучуди ин, гематокрит дар рӯзи дуум нисбат ба рӯзи якум (ба ҳисоби миёна 29,4% нисбат ба 32,3%) хеле паст буд, дар ҳоле, ки ҳуди сепаратсия дар рӯзи дуум нисбат ба рӯзи якум (33,59 бар зидди 26,65 Ч 103 ҳуҷайра / мкл) хеле зиёд шуд. дар $P < 0,01$. Аз ҳамаи омилҳое, ки тавассути таҳлили регрессионии ҳаттӣ таҳлил карда шудаанд, танҳо шумораи мутлақи ҳуҷайраҳои CD34+ пеш аз мувофиавӣ робитаи назаррасро ($P = 0.003$) бо омили ҷудошавӣ нишон дод. Шумораи ҳуҷайраҳои CD 34+ пеш аз муволиҷа инчунин бо шумораи ҳуҷайраҳои CD34+ дар маҳсулот ($r = 0,83$) ва ҳосил (дар як килограмм вазни бадани қабулқунанда) ($r = 0,34$) хеле зич алоқа манд аст.

Оптимизатсияи ҷамъоварии CD34 + cell SE муайян кардани омилҳои ба ин параметр таъсирқунандаро талаб мекунад. Гарчанде таҳқиқоти гуногун сурат гирифта бошад ҳам, то имрӯз омиле, ки КЭ-ро яқин

ва инфиродӣ пешбинӣ кунад, мушаххас карда нашудааст. Таҳлилҳои сершумори регрессионии аз тарафи мо гузаронидашуда бо мақсади баҳогузори ба таъсири синну сол, вазн, статуси беморӣ, гематокрит, ТСХ-и пеш аз протсекура, миқдори пеш аз протсекуравии CD34 + ҳуҷайраҳо, миқдори мутлақи пеш аз протсекуравии CD34 + ҳуҷайраҳо ва ҳаҷми аферези барвақт, миқдори мутлақи пеш аз протсекуравии CD34 + ҳуҷайраҳо ба ҳайси предиктори (пешхабаре) ягонаи КЭ муайян кард. Ин далелро таъкид мекунад, ки масъалаи иртиботи мутақобилаи байни CD34 + -ҳуҷайраҳо ва КЭ ҳанӯз ҳам ҳаллу фасл нашуда боқӣ мемонад ва мумкин аст, ки таҳқиқоти бузургтар дар ниҳояти қор имкон диҳанд, ки иртиботи мустақими мутаносиб ва ё мутаносиби инсбӣ муқаррар карда шавад.

Хулоса. Самаранокии ҷамъоварӣ як параметри муҳимми назорати сифат барои мониторинги намунаҳои аутологӣ мебошад, махсусан дар бемороне, ки шумораи ками CD34+ доранд. Бо вучуди ин, SE ба доираи васеи омилҳои мувофиавӣ ва қабулқунанда таъсир мерасонад ва дар муҳити клиникӣ тағирёбии бузургро нишон медиҳад. На танҳо маънои ЕС дар байни дастурҳо ба таври назаррас фарқ мекунад, балки дар бораи он, ки кадом омилҳо ба он таъсир мерасонанд ва тағирёбии он низ мувофиқ нест. Дар таҳқиқоти мазкур, миёнаи ЕС 41,2% буд ва шумораи мутлақи ҳуҷайраҳои CD34+ ягона пешгӯии назаррас буд.

Адабиёт

1. Ponchio L. Both cycling and noncycling primitive progenitors continue to be mobilized into the circulation during the leukapheresis of patients pretreated with chemotherapy and G-CSF.// L. Ponchio et al. / Br J Haematol. 2017.-Vol 99.-P. 394–402.
2. Matic G.B. Effect of processed blood volume, leukocyte count and concentration of CD34-positive cells in peripheral blood on efficiency of stem cell apheresis // G.B. Matic et al. / BeitrInfusionstherTransfusionsmed. 2016.-Vol 34.-P. 139–43.
3. Sawant R.B. Correlation of CD34+ cell yield in peripheral blood progenitor cell product with the pre-leukapheresis cell counts in peripheral blood. // R.B. Sawant et al. / J Assoc Physicians India. -2015.-Vol 53.P.1031–5.
4. Sarkodee A.R. et al. Influence of preapheresis clinical factors on the efficiency of CD34+ cell collection by large-volume apheresis.// A.R. Sarkodee et al/ Bone Marrow Transplant. 2018.-Vol 31.-P. 851–5.

5. Ford C.D. An evaluation of predictive factors for CD34+ cell harvest yields from patients mobilized with chemotherapy and growth factors. // C.D. Ford et al /Transfusion.-2016.-Vol 43.-P.622.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЗАБОРА АУТОЛОГИЧНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ

Исмоилзода С.С.^{1,2}, Зокиров Р.А.¹, Мавлонов Ф.Б.¹, Достиев У.А.²

¹Национальный научный центр трансплантации органов и тканей человека МЗиСЗН РТ,

²Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Цель исследования: улучшение результатов аутооттрансплантации костного мозга путем, выявления факторов, влияющих на эффективность забора аутологичных стволовых клеток периферической крови.

Материал и методы. Ретроспективно были проанализированы 29 последовательных процедур лейкафереза, выполненных в отделении трансплантации костного мозга Национального научного центра трансплантации органов и тканей человека МЗиСЗН РТ. Было проведено ретроспективное сравнение двух различных методов, используемых для расчета коэффициента сепарации, и анализ некоторых факторов, которые могут повлиять на это. Различные параметры, которые способствуют прогнозированию и достижению выхода CD34 + клеток. Была проведена мобилизация с помощью гемопоэтического гранулоцитарного колониестимулирующего фактора (G-CSF с 10 мкг / кг, разделенных на две дозы, вводимых подкожно. Клетки собирали на 5-й день мобилизации.

Результаты. Среднее значение коэффициента сепарации, составило 41,2% у (диапазон 7,40-171,49%). В 18 случаях, среднее значение коэффициента сепарации составило 49,1% (диапазон 8,14-179,75%). Количество лейкоцитов увеличилось в среднем в пять раз (диапазон 1,6-33,64). Концентрация CD34 + -клеток в среднем была 11-кратной (диапазон 3,1-90,05). В этих серийных сборах сравнивали различные параметры на 1-й и 2-й день забора. Было обнаружено, что день забора не повлиял на коэффициент сепарации. Однако гематокрит был значи-

тельно ниже на второй день по сравнению с первым (в среднем 29,4% против 32,3%), в то время как сама сепарация значительно увеличилась на второй день по сравнению с первым (33,59 против 26,65 Ч 103 клеток / мкл) при $P < 0,01$. Из всех факторов, проанализированных с помощью линейного регрессионного анализа, только предпроцедурное абсолютное количество CD34 + клеток показало значительную ($P = 0,003$) связь с коэффициентом сепарации. Также было обнаружено, что количество клеток CD34 + до процедуры сильно коррелирует как с количеством клеток CD34 + после процедуры в продукте ($r = 0,83$), так и с выходом (на килограмм массы тела реципиента) ($r = 0,34$).

Выводы. Эффективность сбора является важным параметром контроля качества для мониторинга аутологичных образцов, особенно у больных, у которых низкое количество CD34 +. Однако на КЭ влияет широкий спектр процедурных факторов и характеристик самого реципиента и он демонстрирует большую вариабельность в клинических условиях. Мало того, что среднее значение КЭ значительно различается в разных рекомендациях, также нет единого мнения о том, какие факторы влияют на него и его изменчивость. В настоящем исследовании средний КЭ составил 41,2%, а предпроцедурное абсолютное количество CD34 + клеток было единственным значимым предиктором.

Ключевые слова: трансплантация костного мозга, факторы риска, коэффициент сепарации, клеточная терапия.



FACTORS AFFECTING THE PERIPHERAL BLOOD AUTOLOGICAL STEM CELL COLLECTION PERFORMANCE

Ismoilzoda S.^{1,2}, Zokirov R. A.¹, Mavlonov F. B.¹, Dostiev U. A.

¹National Scientific Center for Transplantation of Human Organs and Tissues, Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan. ²Department of Innovative Surgery and Transplantation, ATSMU named after Abualibn Sino

The aim of the study was to improve the results of bone marrow autotransplantation by identifying factors that affect the efficiency of collecting autologous stem cells from peripheral blood.

Material and methods. We retrospectively analyzed 29 consecutive leukapheresis procedures performed in the bone marrow transplantation department of the National Scientific Center for Human Organ and Tissue Transplantation of the Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tatarstan. A retrospective comparison was made between the two different methods used to calculate the separation factor and an analysis of some of the factors that may affect this. Various parameters that contribute to the prediction and achievement of the output of CD34 + cells. Mobilization was performed with hematopoietic granulocyte colony stimulating factor (G-CSF with 10 jg/kg divided into two subcutaneous doses. Cells were harvested on day 5 of mobilization.

Results. The average value of the separation coefficient was 41.2% y (range 7.40-171.49%). In 18 cases, the mean separation factor was 49.1% (range 8.14-179.75%). The number of leukocytes increased by an average of five times (range 1.6-33.64). The concentration of CD34 + cells was on average 11-fold (range 3.1-90.05). In these serial collections, various parameters were compared on

the 1st and 2nd day of collection. It was found that the day of sampling did not affect the separation factor. However, the hematocrit was significantly lower on the second day compared to the first (average 29.4% vs. 32.3%), while the separation itself increased significantly on the second day compared to the first (33.59 vs. 26.65 Ч 103 cells/μl) at P < 0.01. Of all factors analyzed by linear regression analysis, only the pre-procedural absolute CD34+ cell count showed a significant (P = 0.003) association with separation factor. Pre-treatment CD34+ cell count was also found to be highly correlated with both post-treatment CD34+ cell count in the product (r = 0.83) and yield (per kilogram of recipient body weight) (r = 0.34).

Conclusions. Collection efficiency is an important quality control parameter for monitoring autologous specimens, especially in patients who have low CD34+ counts. However, CE is influenced by a wide range of procedural and recipient factors and exhibits great variability in clinical settings. Not only does the mean EC vary significantly across guidelines, but there is also no consensus on what factors influence it and its variability. In the present study, mean EC was 41.2%, and pre-procedure absolute CD34+ cell count was the only significant predictor.

Key words: bone marrow transplantation, risk factors, separation factor, cell therapy.

Мавлонов Ф. Б. - н. и. т., муовини директори МД “Маркази илмий пайвандсозии узв ва бофтаҳои инсон ВТ ва ҲИАҚТ” (+992915540433).

Зокиров Р. А. - н. и. т., котиби илмий МД “Маркази илмий пайвандсозии узв ва бофтаҳои инсон ВТ ва ҲИАҚТ” (+992915540433) email: zokirov.r.a@mail.ru

Исмоилзода Саймаҳмуд Саидахмад – д. и. т., директори МД “Маркази илмий пайвандсозии узв ва бофтаҳои инсон ВТ ва ҲИАҚТ”, (+992918660480), email: iss1971@mail.ru.

Достиев Умед Ашурович – н. и. т., ассистенти кафедраи ҷарроҳии инноватсионӣ ва трансплантологияи МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино” (+992917217744) email: umed.dostiev@yandex.com



Мавлонов Ф.Б. - к.м.н., зам. директор ГУ “Национальный научный центр трансплантации органов и тканей человека МЗ и СЗН РТ” (+992915540433)

Зокиров Р. А. - к.м.н., ученый секретарь ГУ “Национальный научный центр трансплантации органов и тканей человека МЗ и СЗН РТ” (+992915540433) email:zokirov.r.a@mail.ru

Исмоилзода Саймахмуд Саидахмад – д.м.н., директор ГУ “Национальный научный центр трансплантации органов и тканей человека МЗ и СЗН РТ” (+992918660480), email:iss1971@mail.ru

Достиев Умед Ашурович – к.м.н., ассистент кафедры инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино” (+992917217744) email:umed.dostiev@yandex.com

F. B. Mavlonov - Candidate of Medical Sciences, Deputy. director State Institution “ National Research Center for Human Organ and Tissue Transplantation of the Ministry of Health and Health of the Republic of Tajikistan” Тел.+992915540433

Zokirov R. A. - Candidate of Medical Sciences, Scientific Secretary State Institution “ National Research Center for Human Organ and Tissue Transplantation of the Ministry of Health and Health of the Republic of Tajikistan” (+992915540433) Email: zokirov.r.a@mail.ru

IsmoilzodaS.– Doctor of Medical Sciences, Director of the State Institution “ National Research Center for Human Organ and Tissue Transplantation of the Ministry of Health and Health of the Republic of Tajikistan”, (+992918660480), Email:iss1971@mail.ru

Dostiev U.A.– Candidate of Medical Sciences, Assistant of the Department of Innovative Surgery and Transplantology of the State Medical University named after Abualiibnisino (+992917217744) Email: umed.dostiev@yandex.com



ШАРҲИ АДАБИЁТ

СТЕНОЗИ ПАСАЗЧАРРОҲИИ КАНАЛИ МАҚЪАД

Муҳаббатов Ҷ.Қ., Аннаев М.Б., Ҳамроев Б.М., Нозимов Ф.Х.

Кафедраи ҷарроҳии умумии №1 ба номи профессор Қаҳҳоров А.Н.,
МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино»
(Шарҳи адабиёт)

Стриктурои пасазҷарроҳии канали мақъад (СПКМ) – бемории ҷиддӣ аст, ки тангшавии патологӣ мақъад (анус) онро ба вучуд оварда, дар натиҷаи буридани пӯсти перианалӣ ва пардаи луобии канали мақъад, ки бо бофтаҳои пайвастананда иваз карда шудаанд, пайдо мешавад [53, 55, 77].

Стеноз метавонад, ки натиҷаи стриктура (органикӣ) ва ё стенози функционалии мушакҳо бошад. Дар стенозҳои органикӣ астарӣ муътадили эпителии канали мақъадро бо дараҷаҳои гуногун бофтаҳои сахтӣ ҳадшавӣ иваз мекунанд, кфунксияи онро заиф месозад ва боиси дефексияи душвор ва дардовар мегардад [49,55]. Сегменти стенозӣ метавонад, ки дар қисми проксималӣ ё дисталии канали мақъад ҷойгир шавад, вале аксар вақт тағйироти патологӣ бофтаҳо ба таври диффузӣ ё сиркулярӣ қарор доранд ва тамоми канали мақъадро дар бар мегиранд [43, 48].

Стриктурҳои канали мақъад, дар байни гурӯҳи бемороне, ки дар статсионари ҷарроҳӣ тахти муолиҷа қарор доранд, хеле кам ба назар мерасад, аммо ин беморӣ проблемаи мураккаб булла ва на ҳамеша ҳаллу фасл мешавад [3,6,13,14,49].

Басомади беморӣ мувофиқи маълумоти муаллифон дар давоми якҷанд даҳсола дар ҳудуди 2,9% -и ҳамаи беморони ах хусуси бемориҳои хушсифати рӯдаи рост ҷарроҳишуда меистад [1,5,16,57].

СПКМ пас аз усулҳои анъанавии табобати бавосири музмин дар 5%-10% мушоҳидаҳо [47,50,63,115,116], мувофиқи баъзе сарчашмаҳои дигар дар 15% вомахӯрад [26]. Дар ИМА геморроидэктомия-сабаби аз ҳама зиёд вохӯрандаи СПКМ бо басомади бавучудой дар ҳудуди 1,5% то 3,8% мебошад [49].

Бештар аз ҳама ба вучуд омадани стенозҳои пасазҷарроҳии канали мақъадро бо геморроидэктомия мувофиқи Уайтхед алоқа-

манд медонанд. Аммо Уайтхед иҷрои 300 геморроидэктомияро бо истифода аз ин техника тавсиф кардааст ва дар ҳеҷ як аз ин ҳолатҳои мушоҳида оризае мисли стриктурои пасазҷарроҳии канали мақъад ба вучуд наомадааст [69]. Дертар ҷарроҳон методикаи ҷарроҳиро тағйир дода, луобпардаи рӯдаи ростро ба пӯсти перианалӣ, на ба луобпарда, дар мавзеи хатти дандонашакл медӯхтагӣ шуданд, ки дар оқиба ҳодисаҳои ба вучуд омадани СПКМ баъдиҷарроҳӣ зиёд шуданд [70,73].

Айни замон сабаби аз ҳама пахншудаи инкишоф ёфтани СПКМ ҳанӯз геморроидэктомия боқӣ мемонад [7,8,15,17,18]. Сабабҳои пайдошавии стриктурҳои канали мақъад метавонанд ҷарроҳии дигар дар канали мақъад бошанд, ки ҳангоми онҳо васеъ бурида гирифтани бофтаҳои осебдида, рафъи пӯсти перианалӣ ва луобпардаи канали мақъад талаб мегардад [48]. Ба ғайр аз ин, табобати ҷарроҳии тарқишҳои мақъад метавонад сабаби СПКМ гардад, агар дар вақти ҷарроҳӣ сфинктеротомия гузаронида нашавад [65].

А.В. Муравёв ва ҳаммуаллифон (2005) ҳангоми пайдошавии стриктурҳои канали мақъад дар 61 бемор муайян намуданд, ки дар 39 бемор (64%) тангшавии анус дар пайомади мудохилаи ҷарроҳии қаблан аз саргузаронда ба вучуд омадааст. Дар беморони дигар сабаби инкишоф ёфтани стриктурои канали мақъад чунин буданд: осеб (латхӯрӣ)-и чатан - 8 ҳолат (13,2%), раванди музмини илтиҳобӣ дар рӯдаи рост - 9 ҳолат (14,7%) (аз онҳо 6 актиномикоз), захми сӯхтаи химиявӣ канали мақъад ва рӯдаи рост - 3 ҳолат (4,9%), аномалияҳои модарзод - 2 ҳолат (2,3%) [25].

Мувофиқи маълумоти Лаврешин П.М., омилҳои, ки барои инкишофи стриктурои

канални мақъад дар беморон пас аз ҷарроҳӣ ва осебҳо шароит месозанд, ин зайланд: бемориҳои аутоиммунӣ, патологияи роҳҳои ҳозима, ҷой доштани аллергияи ғизоӣ ё доруӣ, ҳаспишҳои дохилишикамӣ, навъи зудии атсетилишавӣ, афзоиши миқдори реаксияҳои мусбати тест-низом бо маҷмуи зиддигении ҳадшавӣ ва ҳунобаи бемор дар динамика [28].

Бино ба ақидаи Brisinda G. et al. сабаби 90% СПКМ геморроидэктомияи пештар иҷрошуда мебошад [69]. Буриши ҳаҷман ва сеи луобпардаи канали мақъад бе мондани кӯпрӯкчаҳои матлуби луобпардавию пӯстӣ боис ба ташаккули хадшаҳо, бавучудӣ ва рушди СПКМ мегардад [68, 59].

Дар адабиёт ишора ба он ҳаст, ки интиҳоби усули табобати ҷарроҳии бавосири музмин ба басомади инкишофи СПКМ таъсир мерасонад [1, 10, 11, 12].

Айтбаев М.Б. усули геморроидэктомия мувофиқи Миллиган-Морганро дар модификатсияи дуҷуми МДИ колопроктологияи ВТ ФР, бо роҳи пӯшиши иловагии мунчаи пояки рагии гиреҳи буридашудаи геморроидалӣ бо луобпардаи канали мақъад такмил дода, кам шудани басомади бавучудии СПКМ-ро аз 4,5% то 0,5% ба қайд гирифт. Ин, ба ақидаи муаллиф, бо мавҷудияти хадшаҳои дорои дурушти нисбатан камтар дар мавзеи аноректалӣ аз сабаби буриши сарфакоронаи луобпардаи канали мақъад ва пӯсти чатан якҷоя бо гиреҳҳои геморроидалӣ алоқаманд буд [1].

Ҳангоми табобати ҷарроҳии бавосири музмин дар марҳилаи II ҷараёни клиникӣ бо усули геморроидэктомияи анъанавӣ дар дарозмуддат СПКМ дар 1,7% ҳолатҳо пайдо мешавад, дар вақти табобати ҷарроҳӣ бо усули коагулятсияи инфрасурхи пояки рагии гиреҳҳои геморроидалӣ оризаи мазкур мушоҳида нашуд [10, 11]. Ба ҷарроҳҳои радикалӣ, ки дар шароити ҳунавии идомаёбанда ва анемияи зухурёфта анҷом дода шудаанд, метавонад ташаккули хадшаҳои дурушт дар канали мақъад ҳамроҳшавад. Дар робита ба ин барои пешгирӣ аз СПКМ тавсия дода мешавад, ки табобати радикалии ҷарроҳии бавосири музмин бо тартиби

таъхирӣ ё нақшавӣҳангоми ба на кам аз 90 г/л расидани сатҳи гемоглобин анҷом дода шавад [12, 38]. Давраи пасазҷарроҳӣҳангоми табобати бо ҷарроҳии бавосирмаҳдудшуда дар беморон бо зухуроти дигари пролапси қисмати қафоикаъри кос вазнинтар мегузарад ва дар муқоиса бо бемороне, ки қаъри косашон конфигуратсияи меъёрӣ дорад, бо ғоизи бештари оризаҳо алоқаманд аст [23, 30].

Ҷ. Қ. Муҳаббатова бо ҳаммуал. натиҷаҳои табобати ҷарроҳии 2994 бемори муҷтало ба бавосир ва оризаҳои онро таҳлил намуда, инкишофи СПКМ-ро дар 64 бемор (2,14%) қайд карданд, дар зимн ин ҳолат дар 31 бемор пас аз геморроидэктомия ва дар 33 бемор баъди патологияи муштараки канали мақъад бо бавосир мушоҳида гардид. Таҳлили таҳқиқот нишон дод, ки ба инкишофи стриктураи канали мақъад пас аз геморроидэктомия дар 34% мушоҳидаҳо раванди музмини илтиҳобӣ дар рӯдаи рост ва дар 27% шаклҳои мураккаби бавосир дар заминаи ихтилоли муҳофизати зиддиоксидантии луобпардаи рӯдаи рост мусоидат кард. Дар 20% мушоҳидаҳо иштибоҳҳои тақтиқӣ то ва пас аз ҷарроҳӣ ва дар 18% мавҷудияти бемориҳои омехтаи канали мақъад омилҳои хатари инкишоф ёфтани тангшавии анус пас аз геморроидэктомия буданд. Танҳо дар мавриди 6 бемор (9,8%) ҳангоми анҷом додани геморроидэктомия ба иштибоҳҳои тақтиқӣ – радикализи барзиёд роҳ дода шуд, ки сабаби инкишоф ёфтани стриктура гардид [26, 27].

Бо назардошти вазнинӣ, Milsom ва Mazier стенози мақъади нарм (ба канали мақъад имкон дорад ангушти хуб марҳамолишуда дароварда шавад), муътадил (барои ворид кардани ангушти ишоратӣ фишор овардан лозим меояд) ва зухурёфтара (бе истифодаи дилататсияи нерӯӣ ба канали мақъад ворид кардани ангушт ғайриимкон аст) ҷудо мекунам. Ғайр аз ин, ба ақидаи муаллифон, стеноз метавонад диафрагмавӣ (пас аз бемориҳои илтиҳобии рӯдаҳо, барояш бофтаи хадшавии борику тунук ҳос мебошад), ҳалқашакл ё даврӣ (пас аз осеби ҷарроҳӣ ё травматикӣ, бо дарозии камтар



аз 2 см) ё найчашакл (бо дарозии бештар аз 2 см) бошад [73].

Мутобиқи таснифи А.М. Аминев (1973) бо ёрии васеъкунандагони Гегар, 3 дараҷаи тангшавии канали мақъадро чудо мекунад. Дараҷаи 1-уми тангшавӣҳангоми аз канали мақъад гузаштани васеъкунандагони Гегар аз №13 то №18 ба қайд гирифта мешуд, ки ин аз 13 то 18 мм диаметри канали мақъадро ташкил медиҳад. Дараҷаи 2-юми тангшавӣҳангоми аз канали мақъад гузаштани васеъкунандагони Гегар аз №7 до №12 муайян карда мешавад. Агар канали мақъад танҳо барои ворид кардани васеъкунандаи №6-и Гегар имкон диҳад, диаметри анус 6 мм ва камтар аз ин мебошад, ки ин ба дараҷаи 3-юми тангшавӣ мувофиқаст [2,4,5].

Бо дарназардошти сатҳи осебёбии канали мақъад стенози паст (шуъбаи дисталии канали мақъад дар фосилаи на кам аз 0,5 см поёнтар аз хатти дандонашаклҷойгир мебошад, 65% беморон), миёна (0,5 см проксималитар, 0,5 см дисталитар аз хатти дандонашакл, 18,5%), баланд (проксималитар 0,5 см болотар аз хатти дандонашакл) ва диффузиро (тамоми канали мақъад, 6,5% ҳолатҳо) чудо мекунад [49].

Зухуроти клиникии беморӣ дар аксари ҳолатҳо дар давраи барвақти пасазҷарроҳӣ, 5-7 рӯз пас аз ҷарроҳии гузарондашуда ба чашм мерасанд. Аммо зиёд симптомҳои стриктураи ташаккулёбандаи анус барғалат ҳамчун ҳолати табиӣ пас аз даҳолати ҷарроҳӣ дар канали мақъад дарк мегарданд [49]. Шаклгирии ниҳоии тангшавии хадшавии канали мақъад 3 моҳ пас аз ҷарроҳии иҷрошуда рӯй дода, ба муҳлати ташаккулёбии бофтаи баркамоли хадшавӣ мутобиқат мекунад. Ба ин тариқ, беморон ва табибон ба онҳо дар беморхона диққати лозима намедиҳанд ва пас аз рухсат шудан бемори аз вучуди оризаи пасазҷарроҳӣ беҳабар тӯли солҳо ба худтабобаткунӣ дар посух ба симптомҳо машғул мегардад [51,53,57].

Дар бемороне, ки тангшавии рӯдаи рост доранд, паси ҳам бо навбат ба исҳол ва қабзият дучор мешаванд ва душвории ҳангоми ҳолӣ кардани рӯдаи рост гоҳ-гоҳ ба дошта натавонишани газҳо ҷой медиҳанд

[20,40]. Беморон бо стриктураи канали мақъад аз дард ҳангоми амали дефекасия азият мекашанд. Барои сабук кардани ҳолат ба онҳо зиёд лозим меояд гаҳе ба ҳуқна ва гаҳи дигар ба истеъмоли воситаҳои исҳоловар муроҷиат намоянд. Аммо дар натиҷа қобиляти ҷубронсозии девораи мушак коҳиш меёбад [49,90,98]. Дар бемороне, ки ба таъхири хуруҷи фазла мубтало мебошанд, зиёд дошта натавонишани газҳо ва анбӯҳҳои фазлаи моеъ қайд мегардад. Таъхири тӯлонии муҳтавои рӯда болотар аз стриктура ба ташаккули сангҳои фазлавӣ боис мегардад, ки ҷараёни бе ин ҳам мушкили бемории мазкурро боз бадтар мекунад [6,36]. Ба симптомҳои бармаҳалли стриктураи пасазҷарроҳии мақъад дардҳо дар мақъад ва хунравӣҳангоми дефекасия тааллуқ доранд. Дар шароити стриктураи шаклгирифта беморонро тангшавии андозаи сӯроҳи мақъад, дардҳои доимӣ ҳангоми дефекасия, чудо шудани микдори начандон зиёди хун ҳамроҳи фазла ташвиш медиҳанд, баъзан ба ин ҳолат сфинктерит низ ҳамроҳ мешавад, ки сабабгори ташаккулёбии тарқишҳои музмини мақъад мегардад, тарси мустақилона ҳолӣ кардани рӯда ба вучуд меояд, ки бисёр вақт ба истифода аз воситаҳои исҳоловар ва ҳуқнаҳои тозакунанда боис мешавад. Маъмулан, иштиҳои бемор ҳалал меёбад, камхунӣ бо генези омехта – алиментарӣ ва постгеморрагӣ, астенизатсияи беморинкишоф меёбад [6,24,29,35,49,71].

Стриктураҳои пасазҷарроҳии мақъад муддати тӯлонӣ ҳамчун бемории мустақил эътироф намешуданд, онҳоро ба гурӯҳи тангшавии шуъбаи терминалии найчаи рӯда дохил мекарданд ва онҳо аз 30% то 80% аз шумораи умумии беморон бо стриктураҳои рӯдаи ростро ташкил медоданд [6,35]. Табобатиконсервативии тангшавии рӯдаи рост бо роҳи кунд бори нахуст соли 1640 табиби олмонӣ Скултет тасвир карда буд [6]. Дар Санк-Петербург дар асри ХУІ ба масоили табобати тангшавии канали мақъад ва рӯдаи рост профессор Буш машғул буд [35].

Маълумоти нахустин дар бораи табобати ҷарроҳии стриктураҳои пасазҷарроҳии канали мақъад ба нимаи аввали асри ХІХ

тааллук доранд. Соли 1826 Иоханн Фридрих Диффен ба хбори якум чарроҳиеро иҷро кард, ки ректотомияи дохилӣ ном гирифт. Моҳияти чарроҳӣ дар буридани қитъаи тангшудаи рӯдаи рост аз тарафи сӯроҳ ба дарозӣ дар худуди бофтаҳои хадшавӣ бе расидан ба мушаки қобизи мақъад буд.

Соли 1895 чарроҳи фаронсавӣ Жюль-Эмил Пин чарроҳии ректопластикаро ҳангоми стриктураи рӯдаи рост пешниҳод намуд. Он буридани қитъаи тангро ба самти бар нисбати хадша ва ба дарозӣ нисбати меҳвари рӯда пешбинӣ менамуд. Заҳм ба самти бар нисбати меҳвари рӯда дӯхта мешуд. Чарроҳии ректотомияи берунаро соли 1897 Эдуард Сонненбург пешниҳод намуд. Н.И. Напалков (1925) ин чарроҳиро бо баъзе иловаҳо ба кор бурда, онро дар 2 марҳила анҷом медод. Дар марҳилаи якум қитъаи тангшудаи рӯдаи рост аз тарафи думғоза бурида мешуд, канораҳои рӯдаи буридашударо ба канораҳои заҳми пӯст медӯхтанд; дар марҳилаи дуюм ануси ташаққулдодаи чорбандиро бо лахтаки пӯст мепӯшонданд. Чарроҳӣ хеле осебовар буд, зеро дар рафти амалиёт лозим меомад, ки думғоза ва гоҳо шуъбаи дисталии устухони чорбанд бурида гирифта шаванд. Чарроҳиеро, ки ҳангоми он тамоми бофтаи хадшадор, ки сӯроҳи рӯдаи ростро танг мекунад, бурида рафъ карда мешавад, соли 1930 Гартман пешниҳод намуд. Тибқи усули мазкур дар сарҳади байни луобпардаи рӯдаи рост ва пӯсти перианалӣ буриш анҷом медоданд, рӯдаи ростро чудо карда, тарафи поён мекашиданд, болотар аз ҷойи тангшавӣ ба самти бар мебуриданд, қобили кӯчониш (мутаҳаррик, чунбон) мекарданд ва ба пӯсти перианалӣ медӯхтанд [6].

Ҷонибдорони табobati консервативӣ бо роҳи васеъкунии канали мақъад бо истифода аз буж пешниҳод мекунанд, ки ин усул новобаста аз дараҷаи тангшавии канали мақъад ба кор бурда шавад [75, 80]. Аммо як зумра муаллифони самаранокии нокофии ин усули табобатро дар беморон бо дараҷаи III тангшавии канали мақъад қайд карда, мавқеи худро бо камбудии усули мазкур асоснок месозанд, ки ба онҳо таъсири муваққатӣ аз

амал ва зарурати мунтазам буж гузарондан ба канали мақъад, ғайриимкон будани рафъи комили тангшавӣ ва пешгирӣ аз такрорёбии беморӣ тааллук доранд [6, 49, 51].

Дар адабиёти илмӣ ватанӣ хабарҳо оид ба табobati чарроҳии стриктураҳои пасаз-чарроҳии канали мақъад чандон сершумор нестанд. Соли 1986 В.П. Макаров 106 беморро бо тангшавии рӯдаи рост бо генези ғайриомосӣ тасвир намуд, ки дар Пажӯҳишгоҳи проктологияи ФР аз соли 1972 то 1985 табобат мегирифтанд.

Ҷ.Қ. Муҳаббатов ва ҳаммуал. (2006) баърои табobati стриктураҳои канали мақъад аз 3 усули гуногуни муҳомилаи чарроҳӣ вобаста ба дараҷаи тангшавии канали мақъад истифода кардаанд. Мувофиқи маълумоти муаллифони, натиҷаҳои дарозмуддат дар 91% ҳолатҳо пайгирӣ карда шуданд. Натиҷаҳои хуб дар 84,5% ба қайд расиданд. Чарроҳии такрорӣ ислохкунанда ва реконструктивӣ имкон доданд дар 95,8 дарсади ҳолатҳо натиҷаҳо беҳбуд ёбанд [26].

Айни ҳол нақши чарроҳии пластикӣ фаъолона муҳокима мешавад ва намудҳои зерини пластикаи канали мақъад васеъ паҳн шудаанд:

1. Кӯчондани лахтаки паҳлуи луобӣ (Lateral mucosal advancement flap). Тангшавиро бо буриши уфуқӣ ба яке аз тарафҳо бартараф мекунанд, бофтаи хадшавиро мебуранд. Сипас луобпардаро нисбати рӯдаи рост проксималӣ тавассути буриши кӯндаланг (ба бар) дар хатти дандонашакл чудо мекунанд. Агар унсури мушакӣ ҷой дошта бошад, сфинктеротомияи дохилиро иҷро мекунанд. Лахтаки ҳосилшударо ба канораи канали мақъад кашида медӯзанд. Таъмини лахтак бо хун аз ҳисоби рағҳои қабати зерини луобпарда амалӣ карда мешавад. Қисми берунии чароҳатро кушода мекунанд, то ки чаппагардии луобпарда пешгирӣ карда шавад [50, 51, 53].

Khubchandani T. (1994) таҳлилро ба нашр расонд, ки зимни он 53 бемор мавриди чарроҳии пластикаи канали мақъад бо кӯчондани лахтаки луобпарда қарор дода шуданд. Дар 94% ҳолатҳо муаллифи таъсири устувори мусбатро аз чарроҳӣ қайд ме-



кунад [65]. Rakhmanine Metal (2002) таҳқи-коро чоп кард, ки дар он 95 бемор мавриди кӯчондани лахтаки луобпарда қарор гирифтанд. Давомнокии мушоҳида 50 моҳро ташкил дод. Нишондиҳандаи умумии ориза 3% буд (як абсесс ва ду заифии сфинктери маъъад) [78];

2. Кӯчондани лахтаки Y-V-шакл (Y-Vadvancementflap). Пас аз ёзиши механикии сфинктери маъъад буриши луобпардаро ба дарозӣ болотар аз ҷойи тангшавӣ анҷом медиҳанд, сипас ин буришро проксималӣ ба пӯсти перианалӣ дар ду самт барои ташаккул додани лахтаки V-шакли пӯст бо дарозии 5-8 см идома медиҳанд. Ғизогирии лахтаки пӯст аз ҳисоби рағҳои бофтаҳои зерипӯстӣ-чарбӯӣ анҷом меёбад. Лахтаки шаклдодашударо мекуҷонанд ва ба канораҳои луобпардаи рӯдаи рост бо кӯкҳои алоҳидаи гирехӣ медӯзанд. Усули мазкур барои истифода дар ҳолати паҳлӯӣ, инчунин аз ду тараф, ҳангоми ҷой доштани стриктураҳои ифодаёфта тавсия дода мешавад. Бино ба ақидаи муаллифон, кӯчондани лахтаки Y-V-шакл дар табобати СПКМ ҳангоми аз раванди ҳадшавӣ осеб ёфтани то 25% атрофи канали маъъад босамар аст [41, 46, 64, 67].

3. Кӯчондани лахтаки Y-V-шакл (V-Yadvancementflap). Усули мазкурро муаллифон ҳамчун варианти алтернативии пластикаи канали маъъади лахтаки Y-V-шакл пешниҳод мекунанд. Асоси лахтаки Y-V-шакл дар ҳатти дандонашакл ҷойгир мебошад. Пояки асосии рағии лахтаки ташаккул додашуда дар насчи чарбуии зерипӯстӣ воқеъ мебошад, аз ин сабаб ҳангоми қобили кӯчониш кардан насчи чарбуии зерипӯстиро нигоҳ доштан зарур аст, то ки қобилияти ҳаётии лахтак ҳифз шавад. Пасон пӯстро бо дарзҳои алоҳидаи гирехӣ медӯзанд, зимнан, лахтаки V-шаклро ба канали маъъад тела медиҳанд ва ба ин тариқ қитъаи тангшударо васеъ мекунанд. Кӯчондани лахтаки V-Y-шакл дар 53 бемор истифода бурда, ба натиҷаи қаноатбахш дар 91,5% ҳолатҳо ноил шудан муяссар гашт [57, 72];

4. Кӯчондани лахтаки ромбшакл (Diamondflap). Вобаста ба вазнинии беморӣ олимон корбурди усули мазкурро аз як ё

харду тараф тавсия медиҳанд. Стриктуротомия иҷро мешавад, аз канораи берунаи чароҳат лахтаки ромбшаклро ташаккул медиҳанд, онро кашида ба луобпардаи рӯдаи рост медӯзанд ва дар ин раванд қисми дохилимаъъади нуксонро мепӯшонанд. Чароҳатро дар мавзеи перианалӣ медӯзанд. Лаҳзаи муҳим инҷо омодакунии лахтак мебошад: он бояд аз як тараф ба андозаи кофӣ чунбон (қобили кӯчониш) карда шавад, то дар дарзҳо тарангӣ кам карда шавад, аз тарафи дигар хунтаъминкунии кофиро дар бофтаҳо таъмин намояд [45, 61, 75].

5. Кӯчондани лахтаки хонамонанд (Houseadvancementflap). Ин усули ҷарроҳии пластикии канали маъъад ба бемороне тавсия мегардад, ки стриктураи канали маъъади онҳо ба пӯсти перианалӣ паҳн шудааст. Зери назорат тариқи оинаҷаи ректалӣ буриш ба дарозӣ (нисбати пӯсти перианалӣ), аз ҳатти дандонашакл то охири стриктура иҷро мегардад. Дарозии буриш дарозии “девора”-и лахтакро муайян месозад. Буришҳои проксималӣ ва дисталии кӯндаланг (ба бар) дар буриш ба дарозӣ марказонида мешаванд. Сипас лахтак дар шакли “хона” ташаккул дода мешавад, ки асосаш ба тарафи проксималӣ нигаронида шудааст ва он чунбон карда мешавад [43, 55, 62];

6. Кӯчондани лахтаки U-шакл (Uflap). Усули мазкур барои табобати стриктура бо луобпардаи чаппагашта истифода мегардад. Пас аз стриктуротомия буриши U-шакл дар пӯсти перианалӣ анҷом дода мешавад, лахтаки пӯстро чунбон (мутаҳаррик) месозанд ва ба луобпардаи рӯдаи рост дӯхта, қисми дохилимаъъади нуксонро мепӯшонанд. Ҷойи донорӣ нодӯхта боқӣ монда, бо бандинаи докагии марҳамдор пӯшонида мешавад [63, 77];

7. Кӯчондани лахтаки C-шакл (Cflap). Буриши паҳлуии радиалӣ аз ҳатти дандонашакл ба пӯсти ҳамшафати перианалӣ иҷро карда мешавад. Баъдан буриши C-шаклро дар пӯсти перианалӣ иҷро мекунанд, ки аз нуктаи дисталии буриши радиалӣ сар мешавад. Омодакунии лахтаки C-шакл бояд хуб бо хун таъмин шудани бофтаҳоро таъмин созад [73];

8. Пластика бо лахтаки даврзанандаи S-шакл (Rotational S flap). Ин усули пластикаи канали мақъад хангоми бемории Броуэн (Bowen's Disease) ва бемории Печет (Paget's Disease), ки ҳини онҳо миқдори зиёди пӯсти перианалӣ бурида мешавад, нишондод аст. Пас аз буридани бофтаҳои хадшавӣ дар пӯсти перианалӣ буриши S-шакл иҷро мегардад, ки асосаш дар хати дандонашакл воқеъ шуда, 8-10 см дарозӣ дорад. Баъд лахтаки мутахарриккарда кӯчонда ва бо луобпардаи рӯдаи рост дӯхта мешавад [68, 71., 73];

9. Анопластика мувофиқи Сарнер ё Мусиари (Sarner Sor Musiari Sanoplasty). Бофтаҳои хадшавиро мебуранд, лахтаки П-шаклро аз пӯсти перианалӣ бо куллаи проксималӣ бо 1 см бар ва дарозии 3 кат бештар аз бар, ба-

рои профилактикаи некроз ташаккул медиҳанд. Сипас лахтакро қобили кӯчониш карда, ба ҷойи хадшаи буридашуда мегузaronанд ва ба луобпардаи рӯдаи рост, дарзро таранг накарда, дӯхта мемонанд [70, 79].

Бино ба маълумоти Қаҳҳоров Р. А., стриктураҳои канали мақъад оқибати оризаҳое мебошанд, ки пас аз ҷарроҳии дар канали мақъад баъди бавосир, тарқишҳои мақъад, парапроктити музмин иҷрошуда ба вучуд меоянд. Хангоми табobati беморон бо тангшавии пасазҷарроҳии анус истифода аз усули маҷмуии муносибат бо назардошти муҳлати беморӣ ва хусусияти тангшавии хадшавӣ зарур аст, ки имкон медиҳад дар ҳар ҳолати мушаххас варианти оптималии ислоҳнамоӣ бо роҳи ҷарроҳӣ интиҳоб карда шавад [21].

Адабиёт

1. Айтбаев М.Б. Оптимизация хирургического лечения геморроя. Автореф. канд.мед.наук. Бишкек, 2008 год. — с. 20.
2. Аминев А.М. Пластические операции в проктологии. - Куйбышев, 1963. - с. 49-50.
3. Аминев А.М. Руководство по проктологии. - Куйбышев, 1973. - т. 3. — с. 462-535.
4. Аминев А.М. Учебное пособие по проктологии. — Москва. - Медицина. - 1977. - с. 164-167.
5. Ан В.К. Стриктуры анального канала и выбор метода их хирургического лечения. Дис. канд. мед.наук - Москва, 1996. - с. 127.
6. Ан В.К., Додица А.Н., Борисов Е. Ю. Опыт лечения послеоперационных рубцовых стриктур анального канала. - Проблемы колопроктологии. -Москва. - 1998. - вып. 16. - с. 18-20.
7. Ан В.К., Ривкин В.Л. Неотложная проктология. - Москва, 2003.
8. Бантов В.Д. К вопросу об оперативном лечении рубцового сужения заднепроходного отверстия у женщин. - Сборник научных трудов красноярского мединститута. - 1951.-с. 242-243.
9. Благодарный Л. А. Медицинский вестник северокавказца 2018. Т. 13.№2.
10. Бектенов Ы.А., Мадаминов А.М., Турдалиев СИ.и др. Модифицированный метод геморроидэктомии. - Актуальные вопросы колопроктологии: Мат. VI науч.-практич. конф. с международ. участ. - Алматы. - 2008. - с. 140-143.
11. Бектенов Ы.А. Сравнительная оценка эффективности различных способов лечения хронического геморроя. Автореф. дис. канд.мед.наук. - Бишкек, 2008. - с. 16.
12. Белоусова СВ. Тактика лечения больных геморроем, осложненным анемией. - Автореф. дис. канд. мед.наук. - москва, 2008.
13. Бердников М.П. К вопросу о сужении прямой кишки и заднего прохода. - Дис. канд. мед.наук. — Куйбышев, 1971.
14. Березницкий С.А. Лечение стриктур анального канала. - Научная конференция по проблеме «Вопросы диагностики и лечения заболеваний толстой кишки». - Курган. - 1974. - с. 121.
15. Березницкий С.А., Назаров Л.У., Иноятв И. М. Хирургическое лечение стриктур ампулярного отдела прямой кишки. - Клиническая хирургия. - 1969. - №2. - с. 41-43.



16. Благодарный Л.А. Клинико-патогенетическое обоснование выбора способа лечения геморроя. - Дис. док.мед. наук. - Москва, 1999.
17. Введенский К.К. К хирургическому лечению сужений прямой кишки. - Труды Гос. Института медицинских знаний. - 1927. - вып. 1.-е. 86- 103.
18. Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. Геморрой. - Москва. - «Митра-пресс». - 2002, 198 стр.
19. Голдин В.А.АлфаззаманМ.ДеденковО.А.Использование компрессионного метода после хирургического лечения геморроя. - Вестник хирургии им. И. И. Грекова. - 2002. - № 5. - с.92-93.
20. Дульцев Ю.В., Саламов К.Н. Лечение недостаточности анального жома в сочетании со стриктурой анального канала. — Сборник «О болезнях прямой и ободочной кишки. - Выпуск 9. - 1977. - с. 12-15.
21. Кахарова Р.А., Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения, №1, 2019.
22. Кусьминова С. В., Московский хирургический журнал 2010.
23. Куликовский В.Ф. Использование Gynecapergrolift-системы и РРН для улучшения результатов оперативного лечения ректоцеле. - Актуальные проблемы хирургии в центральном федеральном округе России. - Тез. докл. науч.-практ. конф. - Орел, 2009. - с. 92-93.
24. Макаров В.П., Саламов К.Н. О лечении доброкачественных сужений анального канала и дистального отдела прямой кишки. - Проблемы проктологии. - 1982. - с. 35-39.
25. Муравьев А.В., Гобеджишвили В.К., Лысенко О.В. и др. Прогнозирование, диагностика и лечение стриктур прямой кишки. - Актуальные проблемы колопроктологии. - с. 163-167.
26. Мухаббатов Д.К., Курбонов К.М, Муродов У.К. Хирургическое лечение сужения анального канала. - Актуальные проблемы колопроктологии ГНЦК. - Москва. - 2006. - №19. - с. 170-172.
27. Мухаббатов Д.К. Причины послеоперационных осложнений геморроидэктомии. - Материалы 56- н/п конференции ТГМУ им. АбуалиибниСино. - 2008. - с.321-322.
28. Лаврешин П.М. Колопроктология, 2014, № 1 (47)
29. Напалков И.И. Рубцовые сужения прямой кишки. - Труды XVI съезда российских хирургов. - Л. - 1925. - с. 394-598.
30. Наумов А.В. Оценка результатов хирургического лечения ректоцеле на фоне комбинированной патологии тазового дна и в зависимости от оперативного доступа. — Вестник экспериментальной и клинической хирургии. - 2009. - т. 2. - № 2. - с. 129-136.
31. Ниязов А.Ш. Использование лазерных технологий в комплексном хирургическом лечении больных с острой анарктальной патологией. - Автореф. дис. док.мед. наук. - Москва, 2010. - с. 36.
32. ПомазкинВ.И.,Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова, 2011
33. Песнева О.В., Кривошеков Е.П. Патогенетическое обоснование лечения больных хроническим геморроем по методу Лонго. - Успехи современного естествознания. - 2005. -4.- е . 87.
34. Рудаев В.А. О стриктурах прямой кишки при болезни Николо-Фавра. - Вестник хирургии. - 1939. — 58. — 6.-е . 540-548.
35. Ривкин В.Л., Бронштейн А.С., Ан В.К. и др. Руководство по колопроктологии. - Москва. — Медицина. - 2004.
36. РыжихА.Н. Хирургия прямой кишки. - Москва. - Медицина. - 1956.
37. Саидов А.С. ТГМУ, кафедра общей хирургии № 1, Душанбе, Таджикистан.
38. Соттаева В.Х. Применение контролируемой биполярной коагуляции в лечении геморроя. - Автореф.дис. канд. мед.наук. - Москва, 2008. - с. 18.

39. Шевчук И.М. «Хирургия. Восточная Европа» № 1 (05), 2013
40. Agachan F., Pfeifer J., Joo J.S. Results of perineal procedures for the treatment of rectal prolapse. - *Am Surg.* - 1997. - Jan. -63(1). - p. 9-12 .
41. Aitola P.T., Hiltunen K.M., Matikainen MJ . Y-V anoplasty combined with internal sphincterotomy for stenosis of the anal canal.*Eur J Surg.* 1997 Nov;163(11):839-42.
42. Alsalameh S., al-Ward R., Berg P. C. Rectal stricture associated with the long-term use of ibuprofen suppositories.*Z Rheumatol.* 2000 Oct;59(5):348-51.
43. Alver O., Ersoy Y.E., Aydemir I. et al. Use of “house” advancement flap in anorectal diseases.*World J Surg.* 2008 Oct;32(10):2281-6.
44. Ammori B.J., Ausobsky J.R. Electrocoagulation of perianal warts: a word of caution.*Dig Surg.* 2000;17(3):296-7.
45. Anderson K.D., Newman K.D., Bond S.J. et al. Diamond flap anoplasty in infants and children with an intractable anal stricture.*JPediatr Surg.* 1994 Sep;29(9):1253-7.
46. Angelchik P.D., Harms B.A., Starling J.R. Repair of anal stricture and mucosal ectropion with Y-V or pedicle flap anoplasty. *Am J Surg* 1993;166:55-59.
47. Boccasanta P., Capretti P.G., Venturi M. et al. Randomised controlled trial between, stapled circumferential mucosectomy and conventional circular hemorrhoidectomy in advanced hemorrhoids with external mucosal prolapse. *Am JSurg* 2001; 182: 64-8.
48. Brisinda G., Civello I.M., Maria G. Haemorrhoidectomy: painful choice.*Lancet.* 2000 Jun 24;355(9222):2253.
49. Brisinda G., Vanella S., Cadeddu F. et al. Surgical treatment of anal stenosis.*World J Gastroenterol.* 2009 Apr 28;15(16): 1921-8.
50. Caplin D.A., Kodner I.J. Repair of anal stricture and mucosal ectropion by simple flap procedures. *Dis Colon Rectum* 1986;29:92-94.
51. Carditello A., Milone A., Stilo F. et al. Surgical treatment of anal stenosis following hemorrhoid surgery. Results of 150 combined mucosal advancement and internal sphincterotomy. *Chir Ital.* 2002 NovDec;54(6):841-4.
52. Carver N., Desai S.N., Gelister J. Skin grafting to the anal canal for the treatment of mucocutaneous anal stricture.*J R Coll Surg Edinb.* 1993 Feb;38(1):46-7.
53. Casadesus D., Villasana L.E., Diaz H. et al. Treatment of anal stenosis: a 5- year review.*ANZ J Surg.* 2007 Jul;77(7):557-9.
54. Ch'ng S., Hulme-Moir M. New Zealand's early experience in stapled haemorrhoidopexy.*N Z Med J.* 2006 Mar 10;119(1230):U1880
55. Chnstensen M.A., Pitsch R.M.Jr, Cali R.L. et al. «House» advancement pedicle flap for anal stenosis. *Dis Colon Rectum.* 1992 Feb;35(2):201-3.
56. Corman M.L., Veidenheimer M.C., Collier J.A. Anoplasty for anal stricture. *Surg Clin North Am* 1976;56:727-731.
57. Corno F., Muratore A., Mistrangelo M. et al. Complications of the surgical treatment of hemorrhoids and its therapy. *Ann Ital Chir.* 1995 NovDec;66(6):813-6. Review. Italian.
58. Del Rio M., de Maturi R.H., Maturi H.V. Postoperative anus stricture and leukoplakia lesions. *Acta Gastroenterol Latinoam.* 1987;17(4):337-42.
59. D'Haens G., Breysem Y., Rutgeerts P. et al. Proctitis and rectal stenosis induced by nonsteroidal anti-inflammatory suppositories *J Clin Gastroenterol.* 1993 Oct;17(3):207-12.
60. Di Bella F., Blanco G.F., Giordano M. et al. Our experience in internal medioposterior sphincterotomy with anoplasty. *Minerva Chir.* 1999 JulAug;54(7-8):545-9. Italian
61. Duieb Z., Appu S., Hung K. et al. Anal stenosis: use of an algorithm to provide a tension-free anoplasty. *ANZ J Surg.* 2010 May;80(5):337-40.
62. Ettorre G.M., Paganelli L., Alessandrini L. et al. Anoplasty with House advancement flap for anal stenosis after hemorrhoidectomy. Report of a clinical case. *Chir Ital.* 2001 Jul-Aug;53(4):571-4



63. Eu K.W., Teoh T.A., Seow-Choen F. et al. Anal stricture following haemorrhoidectomy: early diagnosis and treatment. *Aust N Z J Surg*. 1995 Feb;65(2): 101-3.
64. Filingeri V., Gravante G., Cassisa D. Radiofrequency Y-V anoplasty in the treatment of anal stenosis. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2006 SepOct;10(5):263-7.
65. Galizia G., Lieto E., Imperatore V. et al. The usefulness of lateral internal sphincterotomy combined with hemorrhoidectomy in the treatment of hemorrhoids: a randomized prospective study. *G Chir*. 2000 Mar;21(3): 127-34. Italian.
66. Ganio E., Altomare D.F., Gabrielli F. et al. Prospective randomized multicentre trial comparing stapled with open haemorrhoidectomy. *Br J Surg* 2001; 88: 669-74.
67. Gingold B.S., Arvanitis M. Y-V anoplasty for treatment of anal stricture. *SurgGynecolObstet* 1986;162:241-242.
68. Gonzalez A.R., de Oliveira O., Verzaro R. et al. Anoplasty for stenosis and other anorectal defects. *Am Surg* 1995;61:526-529.
69. Habr-Gama A., Alves PR.A., Rodrigues L.V. et al. Anoplastia paratratamento da estenose anal. *Rev Bras Colo-proctol* 1991;11:15-18.
70. Habr-Gama A., Sobrado C.W., de Araujo S.E. et al. Surgical treatment of anal stenosis: assessment of 77 anoplasties. *Clinics*. 2005 Feb;60(1):17-20.
71. Halleraker B. Z-plasty in postoperative anal stricture. *TidsskrNorLaegeforen*. 1976 Feb 10;96(4):222. Norwegia.
72. Hassan L, Horgan A.F., Nivatvongs S. V-Y island flaps for repair of large perianal defects. *Am J Surg*. 2001 Apr;181(4):363-5.
73. Hudson A.T. S-plasty repair of Whitehead deformity of the anus. *Dis Colon Rectum* 1967;10:57-60.
74. Jeanpretre M., Harms M., Saurat J.H. Stenosing anal mass and venereal lymphogranuloma. *Schweiz Med Wochenschr*. 1994 Sep 10;124(36):1587- 91. French.
75. Johansson.C. Endoscopic dilation of rectal strictures: a prospective study of 18 cases. *Dis Colon Rectum*. 1996 Apr;39(4):423-8.
76. Katsinelos P., Christodoulou K., Pilpilidis I. et al. Anal leukoplakia: an unusual case of anal stenosis. *Endoscopy*. 2001 May;33(5):469.
77. Khubchandani I.T. Anal stenosis. *SurgClin North Am*. 1994 Dec;74(6): 1353-60.
78. Khubchandani I.T. Mucosal advancement anoplasty. *Dis Colon Rectum* 1985;28:194-196.
79. Lagares-Garcia J.A., Nogueras J.J. Anal stenosis and mucosal ectropion. *SurgClin North Am*. 2002 Dec;82(6): 1225-31.
80. Li L., Zhang J., Wang Y. et al. The tension-stress effects on growth of the external anal sphincter: animal experiment and its application on treatment of anorectal stenosis. *Chin Med J (Engl)*. 1997 May;110(5):325-31.
81. Liberman H., Thorson A.G. How I do it. Anal stenosis. *Am J Surg* 2000;179:325-329.
82. Lolli P., Malleo G., Rigotti G. Treatment of chronic anal fissures and associated stenosis by autologous adipose tissue transplant: a pilot study. *Dis Colon Rectum*. 2010 Apr;53(4):460-6.
83. Lucthefeld M. Anal stenosis. *Probl Gen Surg* 2001;18:17-23.
84. MacDonald A., Smith A., McNeill A.D. et al. Manual dilatation of the anus. *Br J Surg*. 1992 Dec;79(12): 1381-2.
85. Maria G., Brisinda G., Civello I.M. Anoplasty for the treatment of anal stenosis. *Am J Surg* 1998;175:158-160.
86. Mata A., Galindo A., Diaz J. et al. Complete anorectal stenosis due to paracetamol and salicylamide suppositories. *RevEspEnfermDig*. 1995 Jun;87(6):463-4. Review. Spanish.
87. Montes. B.B., Yavuzer R., Cavuşoglu T. et al. Surgical treatment of anal stenosis following perineal shotgun injury. *PlastReconstr Surg*. 2001 Mar;107(3):891-3.
88. Milson J.W., Maziew W.P. Glassification and management of postsurgical anal stenosis.

SurgGynecolObstet 1986;163:60-64.

89. Mukta V., Katdare, Rocco Riccardi. Anal Stenosis. Surg Clin N Am 90 (2010) 137-145.

90. Musiari J.P. Estenosis de ano. SemMed 1954;104:803-804.

91. Neelakandan B. Double Y-V plasty for postsurgical anal stricture. Br J Surg. 1996 Nov;83(11):1599.

92. Notaras M.J. Anal fissure and stenosis. Surg Clin North Am. 1988 Dec;68(6): 1427-40. Review.

93. Oh C, Zinberg J. Anoplasty for anal stricture. Dis Colon Rectum 1982;25:809-810.

94. Owen H.A., Edwards D.P., Khosraviani K. et al. The house advancement anoplasty for treatment of anal disorders J R Army Med Corps. 2006 Jun;152(2):87-8.

95. Pearl R.K., Hooks V.H., Abcarian H. et al. Island flap anoplasty for the treatment of anal stricture and mucosal ectropion. Dis Colon Rectum 1990;33:581-583.

96. Pescatori M., Interisano A., Mascagni D. et al. Double flap technique to reconstruct the anal canal after concurrent surgery for fistulae, abscesses and haemorrhoids. Int J Colorectal Dis. 1995;10(1): 19-21.

97. Pidala M.J., Slezak F.A., Porter J.A. Island flap anoplasty for anal canal stenosis and mucosal ectropion. Am Surg 1994;60:194-196.

98. Rakhmanine M., Rosen L., Khubchandani I. et al. Lateral mucosal advancement anoplasty for anal stricture. Br J Surg 2002;89:1423-1424.

99. Ramanujan P.S., Venkatesh K.S., Cohen M. Y-V anoplasty for severe anal stenosis. Contemp Surg 1988;33:62-68.

100. Rashid K.A., Wakhlu A., Tandon R.K. et al. Anorectal junction stenosis: diagnosis and management. Eur J Pediatr Surg. 2008 Oct;18(5):303-6.

101. Ravo B., Amato A., Bianco V. et al. Complications after stapled hemorrhoidectomy: can they be prevented Tech Coloproctol 2002; 6: 83-8.

102. Riedler L. Benign scarred stenosis of the anal canal as a cause of anorectal incontinence. Chirurg. 1984 Feb;55(2): 117-21.

103. Rivera Vega J., Frisancho Velarde O., Cervera Z. et al. Endoscopic dilatation of benign colon and rectum stenosis. Rev Gastroenterol Peru. 2002 Jul-Sep;22(3):206-12.

104. Rosen L. Anoplasty. Surg Clin North Am. 1988 Dec;68(6): 1441-6.

105. Sagar P.M., Wedgwood K.R. Anal canal stenosis and pseudoobstruction. Br J Clin Pract. 1990 Dec;44(12):786-7.

106. Sakai S., Yoshinaga R. The prepuce flap in the reconstruction of male anal stenosis. Br J Plast Surg. 1999 Dec;52(8):660-2.

107. Saldana E., Paletta C, Gupta N. et al. Internal pudendal flap anoplasty for severe anal stenosis. Report of a case. Dis Colon Rectum. 1996 Mar;39(3):350-2.

108. Sarner J.B. Plastic relief of anal stenosis. Dis Colon Rectum 1969;12:277-280.

109. Sayfan J. Ergotamine-induced anorectal strictures: report of five cases. Dis Colon Rectum. 2002 Feb;45(2):271-2.

110. Sentovich S.M., Falk P.M., Christensen M.A. et al. Operative results of House advancement anoplasty. Br J Surg 1996;83:1242-1244.

111. Sielezneff I., Salle E., Lecuyer J. et al. Early postoperative morbidity after hemorrhoidectomy using the Milligan-Morgan technic. A retrospective studies of 1134 cases. J Chir (Paris). 1997 Nov;134(5-6):243-47. French.

112. Skreden K., Wiig J.N., Myrvold H.E. Balloon dilation of rectal strictures. Acta Chir Scand. 1987 Oct;153(10):615-7.

113. Solt J., Hertelendi A., Szilagyi K. Balloon catheter dilatation of lower gastrointestinal tract stenoses: long-term results. Orv Hetil. 2002 Aug 4;143(31): 1835-40. Hungarian.

114. Stratmann H., Kaminski M., Lauschke H. et al. Plastic surgery of the anorectal area. Indications, technique and outcome. Zentralbl Chir. 2000;125(2): 161-5. German.



115. Sutherland L.M., Burchard A.K., Matsuda K et al. A systematic review of stapled hemorrhoidectomy. Arch Surg. 2002; 137:1395 - 1406.
116. Wilson M.S., Pope V., Doran H.E. et al. Objective comparison of stapled anorectal and open hemorrhoidectomy: a randomized, controlled trial. Dis Colon Rectum. 2002; 45: 1437—1444.
117. Yokota T., Yamaguchi T., Yamane T. et al. Repair of anal stricture after Whitehead operation. Am J Gastroenterol. 1990 Apr;85(4):480-1.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ СТЕНОЗ АНАЛЬНОГО КАНАЛА

Мухаббатов Дж.К., Аннаев М.Б., Хамроев Б.М., Нозимов Ф.Х.

(Обзор литературы)

Кафедра общей хирургии №1 им. Проф. Кахорова А.Н. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

В данном обзоре литературы представлен мировой опыт в области послеоперационной стриктуры анального канала прямой кишки, которая является проблемой современной колопроктологии. Частота заболевания по данным разных авторов на протяжении нескольких десятилетий колеблется в пределах 2-9 % от всех больных, оперированных по поводу доброкачественных заболеваний прямой кишки, что является важной медико-социальной проблемой. Отсутствует единого подхода в лечении больных с послеоперационной структурой анального канала прямой кишки. Консер-

вативные методы лечения послеоперационных сужений прямой кишки полностью утратили свою актуальность ввиду их неэффективности, поэтому единственным радикальным методом лечения является хирургический метод, но количество рецидивов послеоперационного стеноза анального канала остаётся достаточно высоким, что требует дальнейшего поиска совершенствования методов своевременной диагностики и лечения данной патологии.

Ключевые слова: послеоперационная стриктура анального канала, диагностика, лечение.

POSTOPERATIVE ANAL STENOSIS

(Literature review)

Muhabbatov J.K., Annaev M.B., Annaev M.B., Nozimov F.Kh

Department of General Surgery №2 named after A.N. Kakhhorov TSMU named after Abuali ibn Sino

This review of the literature presents the world experience in the field of postoperative stricture of the anal canal of the rectum, which is a problem of modern coloproctology. The frequency of the disease according to different authors for several decades ranges from 2-9% of all patients operated on for benign diseases of the rectum, which is an important medical and social problem. There is no single approach in the treatment of patients with postoperative structure of the anal canal of the rectum.

Conservative methods for the treatment of postoperative narrowing of the rectum have completely lost their relevance due to their inefficiency, therefore the only radical method of treatment is the surgical method, but the number of relapses of postoperative stenosis of the anal canal remains quite high, which requires further search for improvement of methods for timely diagnosis and treatment of this pathology.

Key words: postoperative anal canal stricture, diagnosis, treatment.

Мухаббатов Ч. К. – д.и.т., дотсенти кафедраи ҷарроҳии умумии №1 ба номи Қаҳҳоров А.Н., МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино»; E-mail: Mukhabbatov67@mail.ru. Тел: 918-61-28-08

Аннаев М. Б.-докторант PhD кафедраи ҷарроҳии умумии №1 ба номи Қахҳоров А.Н., МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»;ш. Душанбе. E-mail:annaev.94@inbox.ru.Тел:93-132-60-05.

Хамроев Б. М.-ассистенти кафедраи ҷарроҳии умумии №1 ба номи Қахҳоров А.Н., МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»;E-mail: Khamroev-2015@mail.ru. Тел: 555-44-33-44.

Нозимов Ф. Ҳ.-ассистенти кафедраи ҷарроҳии умумии №1 ба номи Қахҳоров А.Н., МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»; E-mail:. Тел: 90-033-36-59.

Мухаббатов Дж. К. – д.м.н., доцент кафедри обшей хирургии №1 им. Каххорова А.Н. ТГМУ имени АбуалиибниСино; E-mail: Mukhabbatov67@mail.ru. Тел: 918-61-28-08

Аннаев М. Б.-докторант PhD кафедри обшей хирургии №1 им. Кахорова А.Н. ТГМУ имени АбуалиибниСино, город Душанбе. E-mail: annaev.94@inbox.ru.Тел:93-132-60-05.

Хамроев Б. М.-ассистент кафедри обшей хирургии №1 им. Каххорова А.Н. ТГМУ имени АбуалиибниСино; E-mail: Khamroev-2015@mail.ru. Тел: 555-44-33-44.

Нозимов Ф. Ҳ.-ассистент кафедри обшей хирургии №1 им. Каххорова А.Н. ТГМУ имени АбуалиибниСино; E-mail:. Тел: 90-033-36-59.

Muhabbatov J.K., MD, associate Professor of the Department of General surgery №1 named after Professor A.N. Kahhorov of Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe. E-mail: Mukhabbatov67@mail.ru.

Annaev M.B., PhD of the Department of General surgery №1 named after Professor A.N. Kahhorov of Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe. E-mail: annaev.94@inbox.ru.

Khamroev B.M.,c.m.s., -asistentof the Department of General surgery №1 named after Professor A.N. Kahhorov of Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe. E-mail: E-mail: Khamroev-2015@mail.ru.

Nozimov F.Kh., -c.m.s., -asistentof the Department of General surgery №1 named after Professor A.N. Kahhorov of Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe. E-mail: E-mail:nozimov81@mail.ru

ТАКТИКАИ ТАБОБАТ ҲАНГОМИ ШИКАСТАГИҲОИ ШОҲАИ ДАНДОНШАКЛИ МУҲРАИ ГАРДАН: (шарҳи маълумотҳои муосир)

Надчибулло Сикандар

Кафедраи ҷарроҳии асаб бо садамаҳои омехтаи МДТ «Донишгоҳи даволабии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино».

Табобати шикастагиҳои шоҳаи дандоншакли муҳраи дуҷуми гардан аз лаҳзаи тасби (фиксатсия) якуми ҷарроҳӣ, ки Mixter ва Osgoodдвр соли 1910 [9] тавсиф кардаанд, ҳеле тағйир ёфтааст. Ҳангоми ноустувор будани шикастагӣ басомади баланди васлнашавию оризаҳои вобаста аз имобилизатсияи тӯлонӣ [12] ба назар мерасанд, ки равишҳои табобати консервативиро маҳдуд месозанд. Аз тарафи дигар, табобати ҷарроҳӣ бо пайдо шудани усулҳои инноватсионӣ дар артродези C1-C2 ҳеле васеъ гаштааст.

Маълумотҳои адабиёт аз он гувоҳӣ медиҳанд, ки ҳангоми имобилизатсия бо галожилет басомади ҳолатҳои фавт ва беморшавӣ

дар байни шахсони солхӯрда назар ба истифода намудани гиребони гардан ҳеле бапланд аст, чунки ин таҳаммулпазир, самаранок ва чандирӣ мебошад [3]. Ба таҳаммулпазирии хуби васлнашавӣ дар одамони солхӯрда нигоҳ накарда, чунин омилҳои хатар, ба монанди анестезия, сифати бади устухонҳо, ки барои 50%-и шахсони болотар аз 80-сола хос ҳастанд, бояд ба эътибор гирифта шаванд [8]. Басомади оризаҳои ҳангоми табобати ҷарроҳӣ, ки ба фиксатсияи печдори пеш алоқаманд ҳаст, дар одамони солхӯрда назар ба одамони ҷавон бештар ба назар мерасад [7], эҳтимол ин бинобаи деминерализатсияи маҳдуди устухонҳо вобаста бошад; аммо он тибқи маъ-



лумоти муаллифони гуногун фарқияти назар-рас дорад [10, 15]. Вобаста аз ин як гурӯҳ муаллифон артродези хатти аввали C1-C2-ро тавсия мекунанд, дар ин ҳолат миқдори оризаҳо ва васлнaшaвӣ камтар аст, назар ба фиксатсияи винтӣ [4]. Айни замон аз ҷумлаи 10 бемори болотар аз 70-сола дар 8 нафар фиксатсияи винтии пеш иҷро карда шуд; ду бечошавии муътадили дуҷумӣ ба мушоҳида расид, ки барои тафтиш кардан, ба амалиёти ҷарроҳӣ ниёз надоштанд. Фавт дар як ҳолат ба қайд гирифта шуд. Натиҷаҳои ҳосилшуда имконият медиҳанд тахмин кунем, ки фиксатсияи винтии пеши шoҳaи дондоншaкл мумкин аст барои одамони солхӯрда нишондод дошта бошад, вай самаранокӣ якумӣ устуворшавиву барқароршавии хуб дорад. Дар айни замон дар ин таҳқиқот баъзе номувофиқаткунӣҳо мавҷуданд барои муқoисa кардан, зеро беморони дорои статуси хуб, танҳо ба тарзи ҷарроҳӣ табобат карда шудаанд, ҳол он ки беморони дорои статуси нохуб ба таври консервативӣ табобат шудаанд. Дар ёд доштан лозим аст, ки дар шахсони бемори солхӯрда ҳамеша усули табобати ҷарроҳиро интиҳоб кардан беҳтар аст.

Дар шахсони нисбатан ҷавон садамаҳо хусусияти механикӣ доран ва баҳсҳо танҳо атрофи техникаи амалиёти ҷарроҳӣ сурат мегиранд. Ҳангоми шикастагии ҷо ба ҷо кардашуда ё шикастгии дурусти типӣ II нишондод барои интиҳоб фиксатсияи винтии пеш мебошад, чунки вай имконият медиҳад, ки анатомияи муътадил барқарор карда шавад ва тибқи маълумотҳо бо ин усул аз нуқтаи назари диапазони ҳаракатбеҳтарин барқароршавии функционалӣ таъмин карда мешавад, басомади фавт ва беморшавӣ кам аст. Басомади оризаҳо метавонад то 20% бирасад [1, 4, 5]. Ин техника мураккаб аст ва аз ҷарроҳ малакаҳои заруриро тақозо мекунад. Дар як қатор таҳқиқотҳо оварда шудааст, ки истифода кардан иду винт басомади ҳолатҳои васлнaшaвӣ ё хатари бечошавии такрориро таъмин намекунад [2]. Барои ҳамин ҳам, тавсия мекунем, ки остеосинтезро бо гиребони гардани муваққатӣ муҳофизат намоед. Ғайр аз ин, на ҳамеша имконияти ду винтро дар шoҳaи дан-

дошaкли борик имплантатсия кардан муяссар мешавад [4].

Усули акибии трансартикулярии Магерл, усули пеши трансартикулярии Ваккаро ва ё техникаи Хармс ҳангоми гузаронидани артродеза C1-C2 хеле ҷолибанд, вале дорои як қатор хатарҳои осеб دیدани шарёи сутунмуҳраанд [6]. Дар ин маврид, бартарии артродеза C1-C2-и пеш аз истифода намудани ҳанон вазъияти бемор ва дастраскунӣ иборат аст, ки ҳангоми фиксатсия бо винтҳои Böhler буд, бо ин тарз ҳаллу фасли оптималии пас аз ҷарроҳиро пешниҳод менамояд. Печҳои (винтҳои) васлкунӣ Harms-ро бо ҷангакҳои упра-субламинарӣ дар C1-C2 [11] иваз кардан мумкин аст. Дар адабиёти илмӣ оид ба басомади спондилодеза иттилоъ дода мешавад, ки ҳангоми фиксатсияи трансартикулярии винтӣ ба 100% наздик мешавад при трансартикулярной винтовой фиксации [13]; дар ин силсила бо истифода аз техникаи мазкур ҳатто дар шахсони солхӯрда низ васлнaшaвӣ, хатарҳои техникӣ ва ё амалиётҳои ҷарроҳӣ дида нашуд. Дар 3 бемор, ки бо усули Хармс табобат шудаанд, низ васлнaшaвӣ дида нашуд. Монтажи C1-C2 боэътимод ба назар мерасад, гарчанде диапазони ҳаракати ротатсионӣ (гардиш) камтар аст [14].

Бар иловаи синну соли бемор ва самти хати шикастагӣ, ки метавонанд аз мақсаднокӣ табобати консервативӣ дарак диҳанд, артродез C1-C2 дар онҳолат усули интиҳобшуда мебошад, ки агар фиксатсияи пеши винтӣ зиддинишондод дошта бошад, бо дар назардошти таъсиррасонӣ ба диапазони ҳаракат имконнопазир бошад ва ё муваффақ натавон шуд [8]. Ба монанди фиксатсияи винти шoҳaи дондоншaкл, фиксатсияи трансартикулярии винтӣ (аз пеш ба акиб) репозитсияи акибии идеалии пешакии C1-ро бар C2 нисбат ба ворид сохтани винтро тақозо мекунад. Ҳангоми шикастагии инодуруст танҳо васлкунӣ пластинаи Harms тавассути ба тарафи латералӣ тоб додани устухони C1 ва пойчаи C2 [32] иҷрошаванда аст, барои ҳамин ҳам вай бояд ҷузъи арсенали ҷарроҳ бошад.

Хатари пайдо шудани оризаҳои рағҳо аз 1,3% то 5,8% [11] фарқ мекунад, ки ин ҳангоми банақшагирии пешазҷарроҳии артродеза

дез C1-C2 зарурати баҳо додан ба ҳолати рағхоро талаб мекунад. Ин таҳлили анатомии шарёнҳои сутунмухра, пойчаҳои C2 ва массаи латералии устухонҳои C1- ро пеш аз гузаронидани фиксатсияи трансартикулярии винтӣ (пешӣ ё ақибӣ ва ё артродези Хармс) тақозо мекунад. Дар айни замон, тибқи маълумоти муаллифони дигар, осебҳои рағҳо хатман ориза буда наметавонанд, муаллифон 4,1% -и ҳолатҳои осебҳои ҷудогонаи як ё ҳарду шарёни сутунмухраро бо оқибатҳои неврологӣ танҳо дар ду бемор мушоҳида кардаанд. мушоҳида кардаанд[10].

Ниҳоят, ҳангоми шикатсгҳои типи III масъалаи нишондод барои ҷарроҳӣ баҳснок боқӣ имемонад. Табобати классикӣ консервативӣ аст, ки басомади баланди васлшавӣ дида мешавад [9, 12]. Қаблан чунин меҳисобиданд, ки гало-жилет спондилодези оптималиро таъмин мекунад, аммо он бо миқдори зиёди оризаҳо (таҳаммулнопазирии бавосита) алоқаманд низ буд, барои ҳамин ҳам, айни замон бартарӣ ба гиребони гарданӣ дода мешавад [13]. Дар силсилаи мазкур 3 шикастагии типи III-ро бо усули ҷарроҳӣ табобат карданд: ин ҳолатҳои сарҳадӣ буданбд дорои шикастагҳои баланд ва омехта, ки ба типи II мувофиқат мекунанд ва барои фиксатсияи пеши винтӣ дастрас низ ҳастанд [4].

Хулоса. Масъалаи нишондод барои

ҷарроҳӣ бояд ҳангоми шикастагҳои ноустувори шохҳои дандоншакл ба миён ояд [3]. Аксаран ин патология дар одамони солхӯрда ба назар мерасад, дар ин маврид омилҳои ҳалқунанда афзоиши физиологӣ ва мавҷуд будани бемориҳои ҳамроҳшуда мебошанд. Бар иловаи синну сол самти хати шикастагӣ низ омилҳои ҳалқунанда ба ҳисоб меравад ва ба андешаи мо, табобати консервативиро ҳангоми шикастагҳои OBAV истифода карда шавад.

Вақтеки амалиёти ҷарроҳӣ нишондод дошта бошад, фиксатсияи пеши винтӣ, ба анджешаи мо, усули интиҳобшуда маҳсуб мегардад, дар ҳолате ки ин аз лиҳози натиҷаҳои рентгенологӣ ва клиникӣ имконпазир бошад, вале аз таҷрибаи кори ҷарроҳ вобастагӣ дорад. Артродези C1-C2 натиҷаҳои дилхоҳи функционалиро таъмин мекунад, вале варианти шиддати такрорӣ бинобар аз даст додани ротатсияи меҳварӣ боқӣ мемонад. Техника Магерли –техникаи классикӣ аст, аммо мо меҳохем, ки техникаи Вакарроро, ки дар вазъияти ба пушт ҳобидани бемор аз дастраскунии гардан ва усули Хармсуро дар ҳолати дуруст нашудан низ ба эътибор гирем. Дар давраи то ҷарроҳӣ баҳодиҳии визуализатсияи сохторҳои устухонҳо ва траекторияҳои шарёнҳои сутунмухраро гузаронидан зарур аст.

Адабиёт

1. Анализ несостоятельности фиксации перелома зубовидного отростка C2 II типа по LD Anderson и RT D'Alonzоканюлированным винтом / Т.И. Тамаев [и др.] // Российский нейрохирургический журнал им. профессора А.Л. Поленова. – 2021. – Т13, №S1. – С. 167-168.
2. Дифференцированный подход к хирургическому лечению осложненных краниоцервикальных травм / А.М. Хожибоев[и др.] // Вестник экстренной медицины. – 2019. – Т.12, №3. – С. 12-16.
3. Индиаминов С.И. Повреждения верхнешейного отдела позвоночника при различных воздействиях / С.И. Индиаминов, Р.А. Исмоилов, И.Б. Шопулатов // Новый день в медицине. – 2020. – №. 2. – С. 97-100.
4. Кузиев О.И. Роль передней одновинтовой фиксации в лечении перелома зубовидного отростка позвонка C2 / О.И. Кузиев, Р.М. Юлдашев // Вестник экстренной медицины. – 2022. – Т.15, №1. – С. 32-37.
5. Опыт хирургического лечения переломов верхнего шейного отдела позвоночника / А.В. Ботов [и др.] // Современные технологии лечения пациентов с травмой опорно-двигательного аппарата и центральной нервной системы. – 2019. – С. 103-109.
6. Рерих В.В. Лечение посттравматической атланта-аксиальной ротационной фиксации у взрослых / В.В. Рерих, В.Д. Синявин, К.А. Аникин // Политравма. – 2022. – №. 4. – С. 36-45.



7. Руденко В.В. Предоперационное планирование и хирургическое лечение травматических поражений краниовертебральной области / В.В. Руденко // Современные технологии лечения пациентов с травмой опорно-двигательного аппарата и центральной нервной системы. – 2019. – С. 25-28.
8. Anterior Dens Screw Fixation for Traumatic C1-2 Lateral Subluxation With 3-Part Fractures of the C2 Axis (Dens, Lateral Mass, and Hangman Fractures): A Case Report / D.G. Chang [et al.] // J Am Acad Orthop Surg Glob Res Rev. – 2021. - N5(12). - e21.00260.
9. Ashafai N.S. Occipitocervical Fusion: An Updated Review / N.S. Ashafai, M. Visocchi, N. W Nesik // Acta Neurochir Suppl. – 2019. - N125. – P.247-252.
10. Atlantoaxial Stabilization by Posterior C1 and C2 Screw-Rod Fixation for Various Pathologies: Case Series and Comprehensive Review of Literature / C. Unni [et al.] // J Neurosci Rural Pract. – 2021. - N2. – P.228-235.
11. C1-C2 Fusion Versus Occipito-Cervical Fusion for High Cervical Fractures: A Multi-Institutional Database Analysis and Review of the Literature / A.S. Patel [et al.] // World Neurosurg. – 2018. - N119. - e459-e466.
12. C2-C3 spinal fracture subluxation with ligamentous and vascular injury: a case report and review of management / H. Alexander [et al.] // Spinal Cord Ser Cases. – 2019. - N5. – P.4.
13. Chang D.G. Traumatic C1–2 rotatory subluxation with dens and bilateral articular facet fractures of C2: A case report / D.G. Chang, J.B. Park, H.J. Jang // Medicine. – 2018. – V.97, №13. - e0189.
14. Management challenges of traumatic spondylolisthesis of the Axis with an unusual C2-C3 posterior subluxation in a paediatric patient: case report and literature review / K. Ibebiuke [et al.] // Afr Health Sci. – 2018. - N2. – P.458-467.
15. Traumatic atlantoaxial antero-inferior subluxation with dens and Hangman fractures: A case report / S.K. Kim [et al.] // Medicine (Baltimore). 2021 Jan 22;100(3):e24396.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ЗУБОВИДНОГО ОТРОСТКА ВТОРОГО ШЕЙНОГО ПОЗВОНКА: обзор современных данных

Наджибулло Сикандар

Кафедра нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Резюме. Статья содержит анализ данных отечественной и зарубежной литературы о современных принципах лечения больных с переломами зубовидного отростка второго шейного позвонка. Результаты анализа литературных данных показали, что вопрос о показаниях к операции должен вставать при нестабильных переломах зубовидного отростка. Помимо возраста, решающим фактором является направление линии пе-

релома. Когда показано хирургическое вмешательство, методом выбора может считаться передняя винтовая фиксация. В дооперационном периоде необходимо проводить визуализирующую оценку костных структур и траектории позвоночных артерий.

Ключевые слова: перелом зубовидного отростка, смещение, консервативное лечение, хирургическое лечение, артродез

TACTICS OF TREATMENT FOR FRACTURES OF THE ODONTOID PROCESS OF THE SECOND CERVICAL VERTEBRA: overview of current data

Najiballah Sikandar

Summary. The article contains an analysis of data from domestic and foreign literature on modern principles of treatment of patients with

fractures of the odontoid process of the second cervical vertebra. The results of the analysis of literature data showed that the question of

indications for surgery should arise in case of unstable fractures of the odontoid process. In addition to age, the direction of the fracture line is a decisive factor. When surgery is indicated, anterior screw fixation may be considered the method of choice. In the preoperative period,

it is necessary to conduct an imaging assessment of bone structures and the trajectory of the vertebral arteries

Keywords: odontoid fracture, displacement, conservative treatment, surgical treatment, arthrodesis

Начибулло Сикандар- корманди илмӣи Шуъбаи ҷарроҳии асаб Бемористони таҳассусии “Ҷумҳурият”, Кобул, Афғонистон., унвонҷӯии кафедраи ҷарроҳии асаб бо садамаҳои омехта, МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», ш. Душанбе, ҚТ, Тел: 901 88 55 51.

Наджибулла Сикандар- научный сотрудник Нейрохирургического отделения специализированной клиники “Джумхурият”, Кабул, Афганистан, соискатель кафедры нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», г. Душанбе РТ, .Тел:901 88 55 51.

Najiballah Sikandar-Research fellow of Neurosurgical Department, Specialized Clinic “Jumhuriyat “, Kabul, Afghanistan. Applicant of the department of Neurosurgery with concomitant injury, Avicenna Tajik State Medical University Tel: 901 88 55 51.

МУШКИЛОТИ ТАШХИС ВА МУОЛИҶАИ НОСУРҶОИ ХОРИҶИҲАЛҚАМУШАКӢИ АТРОФИМАҚЪАДӢ (Шарҳи адабиёт)

Саидов А.С., Гулов Ф.М., Салимов Ҷ.С., Ҳамроев Б.М.

Кафедраи ҷарроҳии умумии №1 ба номи проф. Қахҳоров А.Н.,
МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Муқаддима. Шакли носурии парапроктити музмин яке аз бемориҳои кидар колопроктология нисбатан бештар дучор мешавад. Мувофиқи ахбороти сарчашмаҳои илмӣ носури рӯдаи рост, дар сохтори бемориҳои колопроктологӣ, дар ҳудуди аз 15% то 30%-и ҳолатҳо ба қайд гирифта шудааст (32, 44). Сабаби баланд будани нишондиҳандаи гирифторшавӣ ба носури параректалӣ танҳо дар дер мурочиат кардани беморони мубтало ба шакли шадиди параректит барои муолиҷаи махсусгардонидашуда набуда, балки табобати ғайрирадикалии он низ ба ҳисоб меравад (27, 40, 45). Носурҳои хориҷиҳалқамушакии рӯдаи рост амрози нисбатан бештар дучоршавандаи қисми дисталии рӯдаи рост маҳсуб меёбад. Дар зиёда аз 30% беморони мубтало ба амрози мазкур шакли мураккаби парапроктити музмин ошкор карда мешавад. Онҳо бо мавзёгирии хориҷиҳалқамушакӣ ва баланди трансфинктерии роҳи носур, шохабандии он, роҳҳои иловагии носур ва ковокиҳои римнок дар насчи параректалӣ,

инчунин чараҳои устуворони такрорёбандагӣ тавсиф меёбанд. Маълумоти муоинаи профилактикӣ ва мурочиати беморони гирифтор ба носурҳои рӯдаи рост аз он ғувҳои медиҳад, ки то 0,5% ашхоси синни қобили меҳнат аз чунин беморӣ ранҷ мебаранд (17, 25, 44) ва теъдоди аксари беморон ашхоси синни қобили меҳнат аз 30 то 50 сола (39) ташкил дода, масъалаи мазкур мушкилоти муҳими тиббӣ-иҷтимоӣ ба ҳисоб меравад.

Паҳншавии носури рӯдаи рост 6-12 ҳодиса дар 100000 одамро ташкил медиҳад (37). Мардҳо дар қиёс ба занҳо бештар гирифтор мешаванд ва таносуб дар доираи аз 2:1 то 7:1 тағйир меёбад. Чунин мешуморанд, ки то 90% носурҳои рӯдаи рост асли криптогенӣ дошта, аз раванди музмин илтиҳоби (парапроктити музмин)-и ҳуф-рачаи мақъад, фазои байниҳалқамушак ва насчи параректалӣ бо ташаккулёбии роҳи носур иборат мебошад. Ҳамагӣ 10%-и ҳодисаҳои носури рӯдаи рост этиологияи дигар – баъдиосебӣ, аз ҷумла пасазҷар-



роҳӣ, носур ҳангоми бемории Крон, сил, носурҳо, кистаҳои дренажшудаи параректалӣ ва ғ. доранд. (7).

Ба пиндори аксари муаллифон парапроктити шадид ва носури рӯдаи рост сабаби умумӣ, яъне илтиҳоби маҷрои мақъад ва ғадудҳо (ғадуди Гея)-родоранд. Банд шудани маҷрои ин ғадудҳо боиси рукуди тарашшӯх, баъдан сироятёбӣ ва инкишоф ёфтани рим – раванди илтиҳобӣ мегардад. Инчунин дар беморон мавҷуд будани тарқишҳои рӯдаи рост ва бавосири шадид ё музмин аз зумраи омилҳои мутамоил ба пайдо шудани парапроктити шадид ба шумор мераванд (34).

Ҳамин тавр, назарияи он ки чароҳати луобпардаи канали мақъад дар инкишоф ёфтани парапроктити шадид ва сипас музмин триггер ба ҳисоб меравад, тасдиқи амалии ҳудро пайдо накард (31, 38). Пас, тағйиротҳои илтиҳобии ғадудҳои дар хуфрачаҳои канали мақъад ҷойгиршударо ҳамчун сабаби пайдо шудани хуфраи шадид-думмал бо баъдан носури параректалӣ шарҳ дода шуд (20). Ҳамин тавр, дар этиологияи парапроктити музмин назарияи думмали криптогландулярӣ бо баъдан ташаккул ёфтани роҳи носур дар насчи параректалӣ маъруфият пайдо намуд (20, 36).

Баъд аз он ки этиологияи бемории мазкур маълум гардид (3, 4, 31, 48), донишмандон зимомии андешаҳои ҳудро ба масоили зерини асосии таҳқиқ равона сохтанд: сабаби инкишоф ёфтани думмали хуфрачаҳо чист, охир ҳама ғадуд доранд ва беморӣ бошад, на дар ҳама бемор пайдо мешавад (1, 33); паҳншавии илтиҳоб ба насчи атрофи рӯдаи рост чӣ тавр ба амал меояд, чаро роҳҳои носурӣ инкишоф меёбад ва барои чӣ он банд намешавад (10, 41), чаро басомади такроршавии беморӣ баъди муолиҷаи ҷарроҳӣ ин қадар баланд аст ва сабаби инкишоф ёфтани носурҳои параректалӣ зимни чунин бемориҳои махсуси ҷархакӯда ва рӯдаи рост ба монанди сили рӯдаҳо, актиномикоз ва бемории Крон кадом аст (30)? Раванди илтиҳобии музмини ғадуди морганӣ, ки дар тарҳи хуфрачаҳои мақъад ҷойгир шудааст бо баъдан паҳн шудани сироят

қад-қадӣ байни ҳалқамушак ва фазои насҷӣ сабаби пайдоиши носури рӯдаи рост ба ҳисоб меравад. Ташаккулёби роҳи носур метавонад ба пӯсти чатан нуфуз кунад ё дар насчи назди рӯдаи рост бо ҳосил шудани ковокиҳои патологӣ ба таври сарбаста анҷом пазирада (7). То 95% гирифторшудагон бемории ҳудро бо парапроктити шадиди пешакӣ азсаргузаронида алоқаманд медонанд (15).

Дер мурочиат кардану муолиҷаи ғайрирадикалии парапроктити шадид сабаби асосии пайдошавии носури рӯдаи рост ба шумор меравад. Мушкilotи муолиҷаи носури рӯдаи рост то имрӯз мубрам боқӣ мемонад, зеро басомади натиҷаҳои ғайориканоатбахши амалиёти ҷарроҳӣ аз 7 то 30%-ро ташкил медиҳад (2). Ҳамин тавр, дар патогенези инкишофи шакли носурии парапроктитзинаҳои асосии зеринро чудо кардан қабул шудааст: иллатнокшавии луобпардаи рӯдаи рост, тағйирёбии захрнокии микрофлораи ҳатмӣ, ба бофтаҳои мавзеи атрофи мақъад паҳн шудани раванди илтиҳоб, маҳдуд шудани охирин, ташаккулёбии роҳи носур бо роҳи ғайриихтиёрӣ кушода шудани римхона, музминшавии раванди илтиҳобӣ (8).

Коҳиш ёфтани функсияи таворагии рӯдаи рост дар роҳи ҳал намудани масъалаҳои гузошташуда ба хоҳири фаҳмидани патогенез ва муайян кардани сабабҳои пайдоишу инкишоф ёфтани тағйиротҳои патологӣ нақши асосӣ дорад (46). Бо сабаби тағйирёбии муковиматпазирии организм, тағйирёбии таркиби навъу микдори микрофлораи рӯдаи рост ва канали мақъад, дар натиҷаи ҳалалёбии пассажи моддаҳои наҷосат қад-қадӣ рӯдаи ғафс ва инкишофи қабзият афзоиш ёфтани захрнокии он (21, 13, 22, 39), колонизатсияи микрофлораи ғайритипии рӯдаи рост (12, 26, 36, 43) коҳиш ёфтани функсияи таворагӣ ба амал меояд. Қайд кардан зарур аст, ки тамоми равандҳои мазкур аз рӯйи моҳият муттасил ва мустақилона нестанд, балки яке паси дигаре ҷараён мегардад (31).

Таснифоти носури рӯдаи рост ба чунин қарор аст: баниҳалқамушакӣ (45%), транс-

ҳалқамушакӣ (30%), фавқулҳалқамушакӣ (5%) вахориҷиҳалқамушакӣ (2%). Дар навбати худ ҳар яки аввалӣ аз се гурӯҳ боз ба тариқи зайл ҷудо мешаванд:

1. Носурҳо бо роҳи пасти кӯтоҳ ва баланди сарбаства.

2. Носурҳои бо роҳи баланде, ки дар ҷастан кушода намешаванд.

3. Носурҳое, ки паҳншавии хориҷимақъадӣ доранд.

4. Носурҳое, ки бо сабаби ковокии кос пайдо шудаанд.

5. Носурҳои оризанаёфта.

Носурҳои хориҷиҳалқамушакӣ (тибқи Паркс) ҷудо мешаванд ба:

1. Сонавии мақъадӣ.

2. Сонавии осебӣ.

3. Сонавие, ки бо сабаби бемориҳои маҳсул пайдо шудаанд.

4. Сонавие, ки бо сабаби ковокии кос пайдо шудаанд.

Ҳангоми интиҳоби усули амалиёти ҷарроҳӣ пеш аз ҳама топографияи роҳи носурро ҳамчун дастур ба кор бурдан зарур аст (40). Аз ин лиҳоз дар Россиятаснифоти каме дигар қабул шудааст, ки ҷойгиршавии роҳи носурро дар нисбати нахҳои ҳалқамушак инъикос менамояд (10) ва мувофиқи онносури рӯдаи ростро ҷудо мекунад ба:

1. Доҳилиҳалқамушакӣ (35%).

2. Трансҳалқамушакӣ (45%).

3. Хориҷиҳалқамушакӣ (20%).

Ғайр аз ин носури рӯдаи рост ҷудо мешавад ба (19):

1. Пурра (сӯроҳиҳои носурии дарунӣ ва беруни мавҷуданд).

2. Нопурраи дарунӣ (сӯроҳиҳои беруни дида намешавад, фақат дарунӣ).

Мувофиқи ҷойгиршавии сӯроҳиҳои дарунӣ:

1. Ақиб.

2. Пеш.

3. Паҳлӯӣ.

Ю.В. Дулсева ва К.Н. Саламова (1981) носурҳои хориҷиҳалқамушакро мувофиқи зинаҳои мураккабии он алоҳидатасниф намудаанд:

1. Зинаи якум – сӯроҳиҳои дарунӣ танг бе тағйироти ҳадшай, дар насчи атрофи мақъ-

ад ковокиҳои римдор ва инфилтрат дида намешавад, қиёсан роҳи носур рост аст.

2. Зинаи дуюм – сӯроҳиҳои дарунӣ танг, ки дар мавзеи он ҳадшаҳо мавҷуданд, дар насчи атрофи мақъад ковокиҳои римдор ва инфилтрат дида намешавад.

3. Зинаи сеюм – сӯроҳиҳои дарунӣ танг, бе тағйиротҳои ошкорои раванди ҳадшай, дар насч тағйиротҳои илтиҳобӣ мавҷуданд.

4. Зинаи чорум – сӯроҳиҳои дарунӣ васеъ буда, дар атрофи он раванди ошкорои ҳадшай ба назар мерасад, дар фазои насчи инфилтратҳои илтиҳобӣ ва ковокиҳои римдор мавҷуданд.

Носурҳои параректалиро аз ҷиҳати клиникӣ ба ду гурӯҳи калон ҷудо кардан мумкин аст – яъне сода (нусури доҳилиҳалқамушакӣ ва трансҳалқамушакии рӯдаи рост, ки сеяки қисми дисталии ҳалқамушакии беруниро фаро мегирад) ва мураккаб (носурҳои трансҳалқамушакӣ, ки зиёда аз сеяки ҳалқамушакии беруни ва тамоми носурҳои хориҷиҳалқамушакии рӯдаи ростро фаро мегирад). Тавсияҳои клиникӣ оид ба ташҳис ва муолиҷаи беморони калонсоли мубтало ба параректити музмин, Ташкилоти умумиросиягии ҷамъиятии «Ассотсиатсия колопроктологҳои Россия», 2013; (47).

Барои ташҳиси носури рӯдаи рост усулҳои зиёде ба кор бурда мешавад, ки дар колопроктология истифода мешаванд: ошкор кардани шикаҷҳои дахлдор, омӯзиши анамнез, муоина, муоинаи ангуштӣ, ламс кардани атрофи мақъад ва мавзеи ҷорбанди думғоза, қастарақунонӣ ва ранг кардани роҳи носур, аноскопия ва ректороманоскопия, ТУС-и трансректалӣ, сфинктерометрия ва миография, фистулография, инчунин ТМР (томографияи магнитӣ-резонансӣ). Баъзе муҳаққиқони ғарбӣ бар онанд, ки ҳангоми носурҳои содаи параректалӣ муоина ва таҳқиқ ба воситаи ангушткофист (29). Аз тарафи дигар бошад, барои ташҳис дуруст ва ташҳиси тафриқавӣ аз дигар бемориҳо, ки зимни онҳо роҳи носур ва сӯроҳиҳои носур метавонад инкишоф ёбад, инчунин ҳангоми носурҳои хориҷиҳалқамушакӣ ва трансфинктериерӯдаи рост ба муоинаи бемор илова кардани ултрасонографияи эндо-



ректалӣ, фистулографию ва ТМР зарур аст (10, 37).

Ҳангоми носурҳои хориҷиҳалқамушакии рӯдаи рост, барои муайян кардани ҳиссаи ҳалқамушак, ки тавассути он носур мегузарад, мавзёғирии сӯроҳии носури дарунӣ, арзёбии ҷойгиршавии ковоқиҳои римдор, инчунин барои ташҳиси тафриқавӣ аз дигар бемориҳо, ки мумкин аст ҳангоми онҳо роҳи носур ва сӯроҳиҳои носур пайдо шавад, барои пурра кардани муоинаи бемор ҳамроҳ намудани ултрасонографияи дохилимақъадӣ, фистулография ва ТМР тақозо мешавад (30).

Фистулография пештар усули нисбатан паҳншудаи ташҳиси носури рӯдаи рост ба шумор мерафт. Аммо бо ба миён омадани ТУС-и трансректалӣ ва МРТ усули мазкур мавқеи худро аз даст дод. Тибқи ахбороти муаллифони гуногун ҳасосияти фистулография дар ҳудуди аз 16 то 50% тағйир меёбад (28). Илова бар ин, фистулография дар ҳолати мавҷуд набудани сӯроҳии берунии носур ё банд шудани сӯроҳии роҳи носур бенатиҷа аст, зеро дар бораи робитаи дуҷонибаи канали носур ва маҷмӯи ҳалқамушак маълумоти пурра дода наметавонад (50).

Аксари муаллифон ҳангоми ташҳиси носури рӯдаи рост ба таҳқиқи ултрасадоии эндоректалӣ ва тамографияи магнитӣ-резонансӣ бартарият додаанд (35).

ТУС-и эндоректалӣ барои ташҳиси носури рӯдаи рост усули ба таври васеъ интишорёфта ва бехатар ба ҳисоб меравад. Аммо усули мазкур аз оператор вобаста буда, натиҷаи таҳқиқ мустақиман аз таҷриба ва савияи таҳассусии табиби ташҳисгузор алоқамандӣ дорад. Имрӯзҳо таҳқиқи ултрасадоии трансректалӣ барои арзёбии анатомия ва ташҳиси тағйиротҳои патологӣ канали мақъад усули тиллоӣ маҳсуб меёбад (5).

Носури рӯдаи рост тибқи маълумотҳои ТУС-и трансректалӣ ҳамчун роҳчаҳои хурди гипозоҳогенӣ намоён мешавад, ки таркибаш газ ё дигар муҳтавои эзоҳогенӣ дорад. Маълуман роҳи асосии носур девораи зичи нахдор дорад ва сӯроҳии он бо муҳтавои моеъдор пур аст. Муҳтавои моеъдор метавонад дар нисбат ба бофтаҳои атроф воба-

ста аз таркиби моеъ ва марҳалаи раванди илтиҳобӣ гипо-, изо-, гиперэзоҳогенӣ бошад. Роҳи носуре, ки раванди фаъоли илтиҳобӣ дорад, дар муқоиса ба носуре, ки дар марҳалаи хуруҷ нест, миқдори зиёди моеъ дорад. Роҳи дарунии носурдар девораҳо канали мақъад ҳамчун нуқсонҳои гипозоҳогенӣ намоён мешавад (28, 35).

Барои ТМР-и мавзеи атрофи мақъад ҳам ғалтаки симпечи ҳисм ва ҳам эндоректалиро ба қор бурдан мумкин аст. Бартарияти симпечи ҳисм дар он аст, ки зимни он зарурати ба таври иловагӣ тайёр кардани бемор вучуд надорад, майдони таҳқиқ васеъ ва маҷмӯи ҳалқамушак хуб визуализатсия мешавад. Ғалтакҳои эндоректалӣ барои қалон кардани ҷузъиёти сохтори мавзеи атрофи мақъад пешниҳод шуда буданд, вале лаҳзаҳои манфии ба монанди маҳдудияти майдони биной ва таҳаммулпазирии нохуби беморони гирифтор ба синдроми зоҳиршудаи дард, истифодаи онро дар амалияи клиникӣ маҳдуд менамояд (23).

Ҳангоми амалинамоии ТМР дар мавриди беморони гирифтор ба носурҳои атрофи мақъад фаромӯш набояд кард, ки канали мақъад тақрибан таҳти кунҷи 45° нисбат ба тири амудӣ дар ҳамвории сагиталӣ ҷойгир шудааст. Аз ин рӯ тарҳи стандартӣ аксиалӣ ва иклилӣ барои саҳеҳан арзёбӣ намудани роҳи носур монеа эҷод менамоянд. Тарҳи қачи аксиалӣ ва иклилӣ намудан зарур аст, ки тақрибан ба таври перпендикуляр ва параллел ба тири канали мақъад рост меоя (9). Барои мавзёғирии сӯроҳии носури дарунӣ ба қор бурдани «лавҳаи шартӣ соат» нисбатан қулайтар аст (42). Ҳамин тавр, истифодаи усулҳои муосири ташҳис – ТУС, ТК ва ТМР барои носурҳои хориҷиҳалқамушакии рӯдаи рост, маълумоти нисбатан бештаре ҳосил карда метавонад.

Усулҳои ғайриҷарроҳии муолиҷаи носури рӯдаи рост бо дарназардошти бенатиҷа буданашон пурра муҳимияти худро аз даст додаанд. Усули ҷарроҳӣ ягона – усули қатъии муолиҷаи носурҳои атрофи мақъад ба шумор меравад (31). То имрӯз зиёда аз 100 усули муолиҷаи ҷарроҳӣ барои беморони мубтало ба парапроктити музмин,

носурҳои рӯдаи рост таҳия ва нашр гардидааст. Мавҷудияти теъдоди зиёди усулҳои маълум ва тарзҳои дубора пешниҳодгардида аз он гувоҳӣ медиҳад, ки натиҷаи муолиҷаи носурҳои мураккаби транс- ва хориҷиҳалқамушаки чарроҳонро коней насохтааст ва муносибати мутобиққардашудаи маҷмӯӣ ба интиҳоби усули амалиёт вучуд надорад. Аксари муаллифон зарурати беҳбудидаровардан дар натиҷаҳои муолиҷаи шакли оризаёфтаи парапроктитро қайд намудаанд (24, 25, 32). Усулҳои нисбатан бештар истифодашавандаи муолиҷаи чарроҳии носурҳои мураккаби хориҷиҳалқамушакии рӯдаи ростро ба чор гурӯҳ чудо кардан мумкин аст: лигатурӣ, чок кардани носур дар сӯроҳии рӯдаи рост бо дӯхтани торҳои ҳалқамушак, тарзи эндоскопӣ ва пластикӣ. Маъруфтарин усули муолиҷаи чарроҳии носурҳои транс- ва хориҷиҳалқамушакии рӯдаи рост, ки мавҷудияти тағйиротҳои клони хадшаии канали мақъад ва омосҳои римнокро дар насчи назди рӯдаи рост ҳамроҳ дорад, усули лигатурӣ боқӣ мемонад. Усул боэътимод буда, бо хатари зиёди никишофи нокифоягии мақъад (то 60%) алоқаманд аст (31).

Ҳангоми носурҳои трансфинктерӣ ва хориҷиҳалқамушакии рӯдаи рост бештар 4 навъи асосии амалиёти чарроҳиро ба кор мебаранд: чок кардани носур бо дӯхтани мобақияи он дар чароҳати чатан бо сфинктеротомияи воянок аз ақиб (усули А.Н. Рижих, дар ду вариант); чок кардани носур бо ҷойивазкунии пластикии луобпардаи канали мақъад; кардани носур бо дӯхтани ҳалқамушак; чок кардани носур бо гузаронидаи лигатура. Тарзи лигатурии чок кардани носур бо дӯхтани ҳалқамушак, инчунин амалиёт бо усули А. Н. Рижих ҳангоми нокифоягии қатъият ва муҳлати дуру дарози муолиҷа хатари баланди инкишофи нокифоягии баъдичарроҳии ҳалқамушаки мақъадро дар пай дорад. Баъди чок кардан бо ҷойивазкунии пластикии луобпардаи канали мақъад эҳтимоли зиёди ретраксия ё некрози қитъаи поёнфароварда дар натиҷаи ҳалалёбии микрогардиши малофа ҳангоми раванди хадшай дар канали мақъад ҳифз

мешавад. Илова бар ин, дар ҳолати ба таври номувофиқ пайваст шудани малофаи ҷойивазкардаи луобпарда бо бофтаҳои дахлдори тағйироти хадшаии девораи канали мақъад хатари начаспидани тармими сӯроҳии дарунӣ ва пас такроршавии носуро низмефзояд. Раванди ошкорои хадшай дар мавзеи атрофи мақъад, носурҳои бешумор ва ковоқиҳои римнок бо сабаби душворӣ ҳангоми пӯшидани нуқсони чароҳат ба таври қатъӣ бартараф намудани тағйиротҳои патологияи бофтаҳоро имконнопазир мегардонад (6, 17, 32, 40, 44).

Мувофиқи ҷаҳиши технологияи умумии чарроҳӣ дар муолиҷаи камосеби носурҳои мақъад низ дастаи васеи амалёти камолоиш пайдо шуд. Дар миёни онҳо усулҳои VAAFT, LIFT, FILAKном бурдан мумкин аст, ки имрӯзҳо ҳамчун тарзи табобат зимни носурҳои сода ба кор бурда мешаванд (16, 18). Ҳангоми муолиҷаи носурҳои мураккаби атрофи мақъади рӯдаи рост усули фатилаҳои герметизатсиякунандаро аз маводи биофаъл истифода мекунанд. Принципиусули мазкур аз пӯшондани сӯроҳии дарунии носур бо баъдан банд кардани роҳи носур иборат мебошад. Усули мазкур, тибқи ахбороти баъзе сарчашмаҳои илмӣ, дар 70 – 100% ҳолатҳо дар мавриди беморони мубтало ба носурҳо натиҷабахш буда, камтар аз 1/3 ҳалқамушаки беруниро фаро мегирад ва дар мавриди беморони гирифта ба носурҳои нисбатан зиёдтар натиҷаи он камтар аст (11, 14).

Ҳамин тавр, таҳлили маъхазҳои илмӣ нишон доданд, ки масъалаи муолиҷаи ғайричарроҳии носурҳои хориҷиҳалқамушакии рӯдаи рост натиҷабахш нестанд. Мушкилоти муолиҷаи ниҳии чарроҳии носурҳои хориҷиҳалқамушакии рӯдаи рост ҳанӯз ҳам ҳалли худро наёфтааст, зеро ҳеҷ кадом аз усулҳои мавҷуда беморро қатъиян аз ин дарду ранҷ озод намекунад. Тибқи маълумотҳои L. E. Mitalas (2012) пас аз муолиҷаи чарроҳии ин патология теъдоди такрорёбиҳои носури рӯдаи рост (30-78%) ва нокифоягии ҳалқамушаки мақъад (3-83%) қисмати асосиро ташкил медиҳад.



Адабиёт:

1. Асланов, А.Д. Кишечные свищи в практике хирурга / А.Д. Асланов, Л.М. Сахтуева, А.В. Жириков // Известия Кабардино-Балкарского государственного университета. – 2015. – Том V, №1. – С. 99-101.
2. Айсаев, А.Ю. Хирургическая тактика при трансфинктерных и экстрасфинктерных свищах прямой кишки: автореф. дисс. канд. мед.наук / А.Ю. Айсаев // Колопроктология. – 2010.
3. Бапиев, Т.А. Роль консервативной терапии в комплексном хирургическом лечении проктологических заболеваний неопухоловой этиологии у женщин / Т.А. Бапиев // Вестник Авиценны. - 2012. - № 2 (51). - С. 61-65.
4. Болквадзе, Э.Э., Классификация и лечение сложных форм острого парапроктита/ Э. Э. Болквадзе, М. А. Егоркин. - Колопроктология. - 2012. - № 2. - С. 13-17.
5. Возможности магнитно-резонансной томографии в диагностике свищей прямой кишки. / Р.Р. Елигулашвили, И.В. Зароднюк, Ю.А. Шелыгин, И.В. Костарев // Российский электронный журнал лучевой диагностики. -2018. - Т.8, №3. - С. 213-226.
6. Габибов С.Г., Шодиев Н.А. Модифицированный видеоассистированный метод лечения свищей прямой кишки/ С. Г. Габибов, Н. А. Шодиев // Колопроктология. - 2014. - S3. - С.17-18.
7. Елигулашвили, Р.Р. МРТ в диагностике свищей прямой кишки: показания и преимущества в оценке/ Р. Р. Елигулашвили // Колопроктология. - 2015. - № 1(51), - С. 22.
8. Жуков, Б. Н. Комплексный метод лечения больных со сложными параректальными свищами / Б. Н. Жуков, В. Р. Исаев, А. А. Чернов // Материалы 1 междунар. конф. по торакоабдоминальной хирургии. - Москва, 2008. -С. 55.
9. Завьялова, М. Ю. Роль магнитно-резонансной томографии в диагностике свищей прямой кишки / М. Ю. Завьялова, И. В. Попов, Ю. В. Гришин // Вестник хирургии Казахстана. - 2014. - 2(29). - С. 13-15.
10. Зитта, Д.В., Применение программы оптимизации периоперационного ведения больных в плановой колоректальной хирургии/ Д. В. Зитта, В. М. Субботин// Колопроктология. - 2013. - № 1. - С. 15-19.
11. Костарев, И.В. Отдаленные результаты лечения сложных свищей прямой кишки методом переведения свищевого хода в межфинктерное пространство / И.В. Костарев, А.Ю. Титов, А.А. Мудров // Колопроктология. - 2016. - № S1(55). - С. 31.
12. Муравьев, А.В. Способ пластической операции при экстрасфинктерных свищах прямой кишки/ А. В. Муравьев// Колопроктология. – 2012. – № 3 (41). – С. 11–14.
13. Муравьев, А.В. Экстрасфинктерные свищи прямой кишки. Пластические операции или «лигатура»/ А. В. Муравьев, В. С. Малюгин// Колопроктология. - 2015. - № 1, (51) (приложение). - С. 34.
14. Муравьев, А. В. Экстрасфинктерные свищи прямой кишки. Пластические операции или «лигатура»/ А. В. Муравьев, В. С. Малюгин // Колопроктология. - 2015. - № 1, (51) (приложение). - С. 34.
15. Мансуров, Ю.В. Хирургическое лечение хронического парапроктита с рецидивными экстрасфинктерными свищами прямой кишки / Ю.В. Мансуров, В.И. Помазкин, Д.П. Соловьев // Актуал. вопр. колопроктологии. - Уфа, 2007.- С. 71-72.
16. Мамедов, Н. И. Этиопатогенез, диагностика и особенности клинического течения сложных посттравматических свищей прямой кишки/ Н. И. Мамедов // Хирургия -2012.-№ 6.- С.36-40.
17. Методы лечения свищей прямой кишки с применением биопластических материалов / Фролов С.А. [и др.] // Колопроктология. - 2017. - S3 (61) . - С.42а-43.
18. Опыт лечения экстрасфинктерных прямокишечных свищей/ В. И. Шаламов [и др.] // Вестник Неотложных и Восстановит Медицины. 2012;13(4):531-32.

19. Роль магнитно-резонансной томографии в диагностике свищей прямой кишки/ И. В. Попов, М. Ю. Завьялова, Ю. В. Грушин, К. Р. Карсакпаев // Колопроктология. - 2014. - № 3, (49). - С. 33.
20. Ривкин, В.Л. Колопрокт.ия / В.Л. Ривкин. – М.: ГЭОТАР-Мед., 2011– 380 с.
21. Результаты лечения сложных свищей прямой кишки методом ушивания внутреннего свищевого отверстия с видеоассистируемой электрокоагуляцией свищевого хода / А.Ю. Титов [и др.] // Колопрокт.ия. - 2015. - № S1(51). - С. 49-50.
22. Сравнительные результаты применения лигирования свищевого хода в межсфинктерном пространстве в лечении чрессфинктерных и экстрасфинктерных параректальных свищей/ В. Н. Краснова, А. А. Чернов, С. Е. Каторкин, А. В. Журавлев// *Врач-Аспирант*. 2017;80(1.1):179-89.
23. Сравнительная оценка возможностей магнитнорезонансной томографии и трансректального ультразвукового исследования в диагностике криптогенных свищей прямой кишки / Р.Р. Елигулашвили, И.В. Зароднюк, Л.П. Орлова, И.В. Костарев // Колопроктология. – 2017. - № S3(61). – С. 21-22.
24. Современные аспекты профилактики осложнений после обструктивных резекций дистальных отделов толстой кишки / Грошилин В.С., Суланмурадов М.И., Московченко А.Н., Петренко Н.А. // *Фундаментальные исследования*. - 2013. - №. 9-1. - С.24-27.
25. Сравнительная оценка хирургического лечения экстрасфинктерных свищей прямой кишки/ А. В. Малюгин, В. С. Малюгин, В. И. Линченко, Д. А. Халин// *Медицинский вестник Северного Кавказа*. - 2013. Т. 8, №2 - С. 34-36.
26. Семионкин, Е. И. – СПб.: Колопроктология: учебник/ Е. И. Семионкин. - Эко-Вектор. 2018. – 285 с.
27. Слепых, Н. В. Фистулоскопия при лечении свищей прямой кишки/ Н. В. Слепых, А. Я. Ильканич // Колопроктология. - 2016. – S1. - С.41а.
28. Ультразвуковой и рентгенологический методы исследования в диагностике транссфинктерных и экстрасфинктерных свищей прямой кишки / Л. П. Орлова, А. А. Тихонов, А. Ю. Титов, Ю.Ю. Чубаров // *Ультразвуковая и функциональная диагностика*. - 2012. - № 1. - С. 24-31.
29. Черкасов, М. Ф. Пути улучшения результатов хирургического лечения экстрасфинктерных свищей прямой кишки/ М. Ф. Черкасов, В. К. Татьянченко, В. С. Грошилин // Колопроктология. - 2016. - № 2, (56). - С.49.
30. Шельгина, Ю. А. под ред. Клинические рекомендации. Колопроктология/ Ю. А. Шельгина. – М.: ГЭОТАР-Медиа. 2015. – 528 с.: ил. прямой кишки с применением биопластических материалов. // *Колопроктология*. - 2017. - S3 (61) . - С.42а-43.
31. Шельгин Ю.А. Справочник по колопроктологии / Ю.А. Шельгин, Л.А. Благодарный// -М.-2012.-342с.
32. Эктов, В. Н. Возможности улучшения результатов хирургического лечения прямокишечных свищей с использованием фибринового клея/ В. Н. Эктов, Р. В. Попов, Е. А. Воллис // *Колопроктология*. - 2013. - Т. 44,(2). - С.44-50.
33. Amato A., Bottini C., De Nardi P., Giamundo P., Lauretta A., Realis A.L. et al. Evaluation and management of perianal abscess and anal fistula: a consensus statement developed by the Italian Society of Colorectal Surgery (SICCR). *Tech. Coloproctol*. 2015; 19 (10): 595—606. DOI: 10.1007/s10151-015-1365-7.
34. An experimentally successful new sphincter-conserving treatment for anal fistula /R. C.Himpson, C. R.Cohen, P.Sibbons , R. K. Phillips // *Dis. Colon Rectum*. - 2009. - Vol. 52, № 4). - P. 602-608.
35. Abdool, Z. Ultrasound imaging of the anal sphincter complex: a review / Z. Abdool, A. H. Sultan, R. Thakar // *The British Journal of Radiology*. - 2012.-Vol. 4, № 5. - P. 865-875.
36. Bleier, J.I. Ligation of the intersphincteric fistula tract: an effective new technique for complex fistulas / J.I.Bleier, H.Moloo, S.M.Goldberg // *Dis Colon Rectum*. - 2010. - № 53. - P.43 - 46.



37. Cryptoglandular anal fistulas / A. Ommer [et al.] // *DeutschesArzteblatt international*. - 2011. - Vol.108 (42). - P.707-713.
38. Gingold, D.S. A prospective evaluation of the ligation of the intersphincteric tract procedure for complex anal fistula in patients with Crohn's disease. / D.S. Gingold, Z.A. Murrell, P.R. Fleshner // *Ann Surg*. - 2014. - Vol.260. - P.1057-1061.
39. Ligation of the intersphincteric fistula tract plus bioprosthetic anal fistula plug for fistula-in-ano / Z.Wang [et al.] // *Dis Colon Rectum*. - 2012. - № 55. - P.145.
40. Meinerо, P. Video-assisted anal fistula treatment (VAAFT): a novel sphincter-saving procedure for treating complex anal fistulas / P.Meinerо, L.Mori // *Tech Coloproctol*. - 2011. - № 15(4). - P.417 - 422.
41. Risk factors for recurrence and incontinence after anal fistula surgery / J.Jordón [et al.] // *Colorectal Dis*. - 2010. - № 12. - P.254 - 260.
42. Rectal Imaging: Part 2, Perianal Fistula Evaluation on Pelvic MRI—What the Radiologist Needs to Know / R. B. O'Malley [et al.] // *AJR*. - 2012. - Vol. 199. - P. 4353.
43. Sileri, P. Ligation of the intersphincteric fistula tract (LIFT) to treat anal fistula: early results from a prospective observational study / P.Sileri, L.Franceschilli, G.P.Angelucci // *Tech Coloproctol*. - 2011. - № 15. - P.413 -416.
44. Song K.H. New Techniques for Treating and Anal Fistula. // *J. Korean Soc. Coloproctol*. - 2012. - Vol. 28, № 1. - P. 7-12.
45. Sphincter-saving treatment of recurrent complex anal fi stula with Video-Assisted Anal Fistula Treatment (VAAFT): a prospective study/ Stazi A., Giarratano G., Mazzy M., Chini C // *Colorectal Disease*. - 2014. - Vol.16(3). - P.4.
46. The CHOICE trial: adalimumab demonstrates safety, fistula healing, improved quality of life and increased work productivity in patients with Crohn's disease who failed prior infliximab therapy / S. Lichtiger [et al.] // *Aliment Pharmacol Ther*. -2010. - V.32. -P.1228-1239.
47. Vogel J.D. Clinical Practice Guideline for the Management of Anorectal Abscess, Fistula-in-Ano, and Rectovaginal Fistula / J.D. Vogel, E.K. Johnson, A.M. Morris // *Dis Colon Rectum*, 2016, Vol. 59, C. 1117-1133.
48. Walega, P. VAAFT: a new minimally invasive method in the diagnostics and treatment of anal fistulas—initial results / P.Wal^ga, M.Romaniszyn, W.Nowak // *Pol PrzeglChir*. - 2014. - № 86(1). - P.7 - 10.
49. Yildirim, N. Ideal combination of MRI sequences for perianal fistula classification and the evaluation of additional findings for readers with varying levels of experience / N. Yildirim, G. Gokalp, E. Ozturk // *Diagn. Interv. Radiol*. - 2012. - Vol. 18. - P. 11-19.

ПРОБЛЕМА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

А.С. Саидов, Ф.М. Гулов, Дж.С. Салимов, Б.М. Хамроев

Кафедра общей хирургии №1 им. проф. Каххорова А.Н.) ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В данном обзоре литературы представлен мировой опыт в области сложных форм параректальных свищей – экстрасфинктерных свищей прямой кишки, которые являются проблемой современной колопроктологии. До 0,5% лиц трудоспособного возраста страдают данным заболеванием, что является

важной медико-социальной проблемой. Отсутствует единого подхода в лечении больных с этой формой свища прямой кишки. Консервативные методы лечения свищей прямой кишки полностью утратили свою актуальность ввиду их неэффективности. Единственным радикальным методом лечения па-



раректальных свищей является хирургический метод, но количество рецидивов свища прямой кишки (30-78%) и недостаточность анального сфинктера (5-83%) после хирургического

лечения вышеуказанной патологии остаётся достаточно высоким.

Ключевые слова: экстрасфинктерные свищи прямой кишки, диагностика, лечение.

THE PROBLEM OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF EXTRASPINCTER PARARECTAL FISTULAS (LITERATURE REVIEW)

Saidov A.S., Gulov F.M., Salimov J.S., Khamroev B.M.

Department of General Surgery №1 named after prof. Kakhhorova A.N. SEI ATSMU

This literature review presents world experience in the field of complex forms of pararectal fistulas - extrasphincteric fistulas of the rectum, which are a problem of modern coloproctology. Up to 0.5% of people of working age suffer from this disease, which is an important medical and social problem. There is no single approach in the treatment of patients with this form of rectal fistula. Conservative methods of

treatment of rectal fistulas have completely lost their relevance due to their inefficiency. The only radical method of treating pararectal fistulas is the surgical method, but the number of recurrences of rectal fistula (30-78%) and anal sphincter insufficiency (5-83%) after surgical treatment of the above pathology remains quite high.

Keywords: extrasphincteric fistulas of the rectum, diagnosis, treatment.

Саидов Абдурахмон Саидович - н.и.т., дотсенти кафедраи ҷарроҳии умумии №1 ба номи Қахҳоров А.Н., МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»; *E-mail:* saidovbakhtovar97@gmail.com. Тел: 93-510-45-54.

Гулов Фируз Махмалиевич - докторант PhD кафедраи ҷарроҳии умумии №1 ба номи Қахҳоров А.Н., МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»; *E-mail:* mahmalievich@mail.ru. Тел: 93-913-75-11.

Салимов Джамшед Саидахмадович - дотсенти кафедраи ҷарроҳии умумии №1 ба номи Қахҳоров А.Н., МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»; *E-mail:* salimov_jamshed1973@mail.ru. Тел: 98-911-78-70.

Хамроев Бахтиёр Муродуллоевич - ассистенти кафедраи ҷарроҳии умумии №1 ба номи Қахҳоров А.Н., МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»; *E-mail:* Khamroev-2015@mail.ru. Тел: 555-44-33-44.

Гулов Фируз Махмалиевич - докторант PhD кафедры общей хирургии №1 им. Каххорова А.Н. ТГМУ имени Абуали ибни Сино; *E-mail:* mahmalievich@mail.ru. Тел: 93-913-75-11.

Салимов Джамшед Саидахмадович - доцент кафедры общей хирургии №1 им. Каххорова А.Н. ТГМУ имени Абуали ибни Сино; *E-mail:* salimov_jamshed1973@mail.ru. Тел: 98-911-78-70.

Хамроев Бахтиёр Муродуллоевич - ассистент кафедры общей хирургии №1 им. Каххорова А.Н. ТГМУ имени Абуали ибни Сино; *E-mail:* Khamroev-2015@mail.ru. Тел: 555-44-33-44.

Саидов Абдурахмон Саидович - доцент кафедры общей хирургии №1 им. Каххорова А.Н. ТГМУ имени Абуали ибни Сино; *E-mail:* saidovbakhtovar97@gmail.com. Тел: 93-510-45-54.

Гулов Фируз Махмалиевич - докторант PhD кафедры общей хирургии №1 им. Каххорова А.Н. ТГМУ имени Абуали ибни Сино; *E-mail:* mahmalievich@mail.ru. Тел: 93-913-75-11.

Салимов Джамшед Саидахмадович - доцент кафедры общей хирургии №1 им. Каххорова А.Н. ТГМУ имени Абуали ибни Сино; *E-mail:* salimov_jamshed1973@mail.ru. Тел: 98-911-78-70.



Хамроев Бахтиёр Муродуллоевич-ассистент кафедры общей хирургии №1 им. Каххорова А.Н. ТГМУ имени Абуали ибни Сино; E-mail: Khamroev-2015@mail.ru. Тел: 555-44-33-44.

Saidov Abdurakhmon Saidovich - Associate Professor of the Department of General Surgery No. 1 named after. Kakhhorova A.N. ATSMU; E-mail: saidovbakhtovar97@gmail.com. Tel: 93-510-45-54.

Gulov Firuz Makhmalievich - PhD student of the Department of General Surgery No. 1 named after. Kakhhorova A.N. ATSMU; E-mail: mahmalievich@mail.ru. Tel: 93-913-75-11.

Salimov Jamshed Saidakhmadovich - Associate Professor of the Department of General Surgery No. 1 named after. Kakhhorova A.N. ATSMU; E-mail: salimov_jamshed1973@mail.ru. Tel: 98-911-78-70.

Khamroev Bakhtiyor Murodulloevich-teaching assistant of the Department of General Surgery No. 1 named after. Kakhhorova A.N. ATSMU; E-mail: Khamroev-2015@mail.ru. Tel: 555-44-33-44.

АРТРИТИ РЕВМАТОИДӢ БО ЗУХУРОТИ СИСТЕМАВӢ ВА ОСЕБӢОИ СИСТЕМАИ КАРДИОВАСКУЛЯРӢ: ВАЗӢИ МУОСИРИ ПРОБЛЕМА

Талабова М.М., Саидов Ё.У.

Кафедраи таълими асосҳои бемориҳои дарунии МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино», ш. Душанбе, Ҷумҳурии Тоҷикистон

Зухуроти системавии артрити ревматоидӣ (АР): спектр, пахншавӣ, ҷанбаҳои эҳтимолии патогенетикӣ, аҳамияти пешгӯикунанда.

Артрити ревматоидӣ (АР) дорои хусусиятҳои ҷараёни музмини доимо пешраванда бо осеб дидани буғумҳо (артрит эрозивӣ - синовит) ва ҷалб шудани ихтилолҳои патологияи узвҳо ва системаҳои зиёди организми бемор мебошад [1-4]. Дар раванди пешравии табиӣ-эволюсионии АР, тадричан як зумра хусусиятҳои махсуси беморӣ ташаккул меёбад; полиморфизми ғавқулодаи зухуроти клиникӣ-иммунопатологӣ, лабораторӣ ва инструменталӣ, ки АР-ро асосан ба синдроми иммунопатологӣ месозад, назар ба як бемории «гомогенӣ» [5-6,7-9].

Мувофиқи маълумотҳои таҳқиқотчиёни муосир дар ҳолати ғавқулодаи гетерогении клиникии АР аз як тараф омилҳои муҳим рейтингӣ баланди пешгӯӣ дар баҳодиҳии вазнинии АР ва пешгӯии барвақтии хусусияти беморӣ ва оқибати беморӣ, аз тарафи дигар зарурати оптимизатсия ва бозбинии стратегияи терапевтии беморӣ дар умум зухуроти системавии беморӣ ва амалан мавҷудияти доимии бемориҳои коморбидӣ ва мултиморбидӣ, пеш аз ҳама, патологияи кардиоваскулярӣ ба ҳисоб мераванд (КВП)[8-12].

Бисёре аз клиниксистҳо АР-ро «бемории ревматоидӣ» меноманд ва хусусияти системавии ҷараёни патологӣ қайд карда мешавад [13-16]. Маълумоти дар адабиётҳо пешниҳодгардида аз он шаҳодат медиҳанд, ки хусусиятҳои нисбатан фарқкунандаи АР бо зухуроти системавӣ ё висцералӣ инҳо ба ҳисоб мераванд: а) ғавқулнокии зиёди ҷараёни иммуноилтиҳобӣ; б) хусусияти эрозивӣ-полиартикулярии синдроми буғумҳо; в) хусусияти серопозитивӣ ба омилҳои ревматоидӣ[7,17,18]. Муқаррар карда шудааст, ки мавҷудияти зухуротҳои системавии АР, махсусан дорои рейтингӣ пешгӯии баланд (васкулити ревматоидӣ –ВР ва осеби узвҳои ҳаётан муҳим) аз бисёр чихат ҷараёни беморӣ, пешгӯӣ ва оқибатҳои онро манфӣ арзёбӣ менамояд [17,19,20,21].

Зухуроти системавии АР метавонад пас аз ва ё то оғози синдроми буғумҳо ба амал ояд, дар баъзе ҳолатҳо он дар мадди аввал меистад, пешгӯӣ ва оқибатҳои бемориро муайян менамояд [21-26]. Дар чунин ҳолатҳо варианти «бадфарҷом»-и АР бо осеби зиёди буғумҳо, инчунин инкишофи резистентноки ба терапияи гузаронидашаванда ва ҳолати вазнини ғавқ бо ихтилоли функсияи узвҳои дарунӣ мушоҳида карда мешавад [19,22,27-29].

Таҳлили маълумоти адабиётҳо аз он шаҳодат медиҳад, ки аз як тараф, зухуроти вис-

сералии АР бо фаъолнокӣ ва давомнокии беморӣ робитаи зич дорад, дараҷаи баланди паҳншавӣ ва хусусияти бештар дучоршавӣ дорад, аз тарафи дигар, ҳам аз ҷиҳати механизми патогенетикӣ ва ҳам аз ҷиҳати нақшаи пешгӯӣ якхела нест [18,21,24,30]. Бисёре аз таҳқиқотчиён зикр менамоянд, ки мавҷудияти ду ва ё зиёда зухуроти виссералии АР нишондиҳандаи муҳими генерализатсия ва инкишофи илтиҳоби ревматоидӣ буда, инчунин инъикосгари дараҷаи вазнинӣ ва фаъолнокии чараёни илтиҳобӣ мебошад, ки ин оқибат метавонад ба коҳишёбии чараёни беморӣ ва пешгӯии беморӣ сабаб гардад [2,21,23,24,31].

Вале новобаста ба дараҷаи баланди паҳншавӣ ва хусусияти бештар дучоршавӣ доштани зухуроти виссералии АР ва нақши муҳими он дар баҳодиҳии вазнинӣ ва оқибатҳои беморӣ то ҳол меёриҳои таҳқиқотӣ ва таснифотии умумии унификатсияшудаи зухуроти системавии АР мавҷуд нестанд. Аз ҳамин сабаб як қатор таҳқиқотчиён пешниҳод менамоянд, ки зухуроти виссералии АР ба ду гурӯҳ чудо карда шавад: а) зухуроти системавии дорои рейтинги баланди пешгӯӣ, ки мавҷудияти он пешгӯии ҳаётии беморонро коҳиш медиҳад (осеби системаи кардиоваскулярӣ - СКВ, гурдаҳо – нефрити ревматоидӣ, серозит, васкулити ревматоидии виссералӣ); б) зухуроти системавӣ, ки мавҷудияти он бевосита дараҷаи фаъолнокии бемориро (табларза, полимиотрофия, лоғарӣ, лимфаденопатия ва ғ.) инъикос менамояд [32-34].

Дар аксар ҳолатҳо АР якҷоя бо осеби буғумҳо ва зухуроти аломатҳои хусусияти системавидошта сурат мегирад, ки метавонанд дар ҷойи аввал қарор дошта бошанд [18,21,24,27]. Муқаррар гардидааст, ки ҳангоми АР синдроми буғумҳо ва зухуроти виссералии беморӣ, аз як тараф, амалан ҳамеша ба таври синхронӣ чараён мегиранд, аз тарафи дигар, басомади дучоршавӣ, паҳншавӣ ва зоҳиршавии виссеропатия аз бисёр ҷиҳат ба фаъолнокии бемории асосӣ вобаста буда, бо вазнинии синдроми буғумҳо алоқаманд аст, ки дар натиҷа умумияти механизми патогенетикии онҳоро инъикос менамояд [21,24,27-29,31].

Солҳои охир миёни зухуроти системавии АР гурӯҳи виссеропатияе муайян карда шуд, ки дорои рейтинги баланди пешгӯӣ бо номи “Малма критерияҳо” мебошад: РВ, осеби СКВ ва узвҳои дигари ҳаётан муҳим серозит [17,19,24,25,29]. Нишон дода шудааст, ки зухуроти виссералии АР-и ба “Малма критерияҳо” муттаҳидшуда на танҳо зарурати интенсификатсияи стратегияи терапевтии АР-ро таъкид менамояд, инчунин омили хатари (ОХ) кӯтоҳшавии давомнокии ҳаёти беморон, пеш аз ҳама, оризаҳои системаи дилу рағҳо (ОДР) ба ҳисоб меравад [17,19,24,29,31,32].

Омилҳои хатари ҷанбаҳои патогенетикӣ, паҳншавӣ ва басомади дучоршавии ихтилоли кардиоваскулярии коронарогенро ҳангоми АР пешгӯикунанда

Натиҷаи таҳқиқотҳои сершумори дар давоми ду даҳсола анҷомдодашуда аз он шаҳодат медиҳанд, ки илтиҳоби музмин (“Low-grade”) дар тамоми давраҳои инкишоф ва хурӯҷи атерогенез нақши муҳим доранд ва ҳамчун омили асосии ОДР-и АС ба ҳисоб меравад [35-38]. Инчунин зикр карда шудааст, ки илтиҳоби музмини пастшиддат дар чараёни атеросклероз (АС) «механизми аввалия»-и ҳатмӣ ба ҳисоб намеравад, вале дар амалӣ гаштани «таъсири атерогени»-и ФР анъанавии инкишофи ОДР нақши ҳалкунанда дорад [39-43].

Аксари таҳқиқотчиён дар проблемаи компоненти «иммуноилтиҳобӣ» ду марҳилаи асосиро чудо менамоянд: а) фаъолнокии патологӣ ҷавоби иммунии ба гиперпродуксия оварандаи ситокини илтиҳобӣ (пеш аз ҳама ба ФНО-а ва ИЛ-6) ва дар натиҷа - дисфунксияи эндотелий; б) синтези бо эндотелий фаъолгардидаи спектри васеи “проатерогенӣ” ва “прокоагулянтӣ”-и медиаторҳо, ки ба модификатсияи липидҳо ва таҳшиншавии фраксияи атерогении онҳо дар девораи рағҳо, дестабилизатсияи даҷғол (бляшка)-ҳои атеросклеротикӣ (ДАТ) ва гиперкоагулятсия мусоидат менамояд ва дар натиҷа ба инкишофи ОДР-и ҳолати фавт оварда мерасонад [34,44-46].

Як қатор олимони аз он ҷиҳат ҳамакиданд, ки илтиҳоби пастшиддати музмин ме-



ханизми интегралӣи АС ва атеротромбоз мебошад, зеро ба таҳшиншавии липидҳо дар фазои субэндотелиалӣ, дестабилизатсияи АТБ ва гиперкоагулятсия мусоидат менамояд [42,43,47-49]. Ҳоло аксари нишондодҳои лаборатории фаъолнокии илтиҳобӣ, ба монанди сафедаҳои фазаи шадид, ситокинҳои зиддиилтиҳобӣ, молекулаҳои адгезия, маҷмӯи аутоантитела ва иммунӣ бо мақсади баҳодиҳии ҳатари инкишофи АС ва ОДР дар таҷрибаи амалӣ ба таври васеъ истифода мешаванд [33,43,50-52]. Дар ин самт аҳамияти клиникӣи нишондодҳои фаъолнокии масуният, дисфунксияи эндотелий ва бо ном “сафедаҳои фазаи шадид” (пеш аз ҳама СРБ) дар баҳодиҳии ҳатари инкишофи АС ва ОДР дар таҷрибаи амалии клиникӣ дар самти кардиологияи муосири илмӣ предмети нисбатан шиддатноки омӯзиш ба ҳисоб мераванд [15,33,42,51].

Вале то имрӯз механизмҳои ҳақиқии нақш ва саҳми илтиҳоби пастшиддати музминро муайянкунандаи атерогенез нофаҳмо боқӣ мемонад. Дар ҳалли мушкилоти мазкур омӯзиши минбаъдаи он механизмҳое, ки сабаби инкишофи барвақтӣ ва бо суръати АС-и АР ва бемориҳои дигари ревматикӣи аутоиммунӣи классикӣ чун самти муҳим боқӣ мемонад [15,33,34,37,46]. Дар ин самт аз ҷиҳати тиббӣ фундаменталӣ ва амалӣ омӯзиши минбаъдаи иммунопатогенези АС ва КВП дар умум, хусусиятҳои таъхисот ва табобат ҳангоми АР ва бемориҳои дигари иммуноилтиҳобӣи профили ревматикӣи муҳимияти махсусро касб намуна, фаъолияти якҷояи ревматологҳо ва кардиологҳо дар табobati беморон талаб менамояд [38,53,54].

Дар таҷрибаи амалии клиникӣ ҳалли масъалаҳои мавҷуда дар мушкилоти АР ва КВП-и коморбидӣи генези коронарогенӣ зарурати чунин талаботҳо таъкид менамояд: а) таҳлил ва баҳодиҳии паҳншавии ФР-и анъанавӣи инкишофи ОДР ва ихтилоли метаболикӣ; б) идентификатсияи симптомҳои манифестии клиникӣ ва субклиникӣи КВП; в) омӯзиши нақш ва саҳми бо ном «АР-и бо ФР алоқаманд» дар инкишофи ОДР; г) омӯзиши минбаъдаи терапияи зид-

диревматикӣи захролудӣи кардиоваскулярӣ (пеш аз ҳама препаратҳои зиддиилтиҳобӣи нестероидӣ - НПВП ва глюкокортикоидҳо - ГК); д) таҳияи маҷмӯи чорабиниҳои терапевтӣ ва профилактикӣ ба коҳишдиҳии амалии ҳатари инкишофи ОДР равонашуда [45,51,56,57].

Новобаста ба тақмили доимии усулҳои табобат коҳишёбии мавҷудаи давомноқӣ ва сифати ҳаёти пациентҳои дорои АР мисли пештара проблемаи актуалӣи ревматологияи муосир боқӣ мемонад.

Дар ду даҳсолаи охир дар самти ревматологияи илмӣ ва амалӣ ба миқдори кофӣ маълумотҳои далелноке ғун шудаанд, ки натиҷаи онҳо аз хусуси ғавтияи барзиёд ва барвақтии беморони гирифтори АР шаҳодат медиҳанд, бештари онҳоро ОДР ташкил медиҳад, ки ба инкишофи барвақтӣ ва инкишофи суръатноки АС ва гипертонияи шараёнии суръатноки ҳамбаста (ГШ) (инфаркти миокард - ИМ, инсулт, ғавти ноғавҳонӣи коронарӣ) вобаста аст [38,56,58-60].

Муқаррар карда шудааст, ки суръатноқӣ ва инкишофи КВП-и генези коронарогенӣи ҳангоми АР дар заминаи мавҷудияти доимӣи илтиҳоби аутоиммунӣи музмин тадриҷан як қатор хусусиятҳои хос пайдо мекунад, ки ба он осеби бисёррагӣи шараёни коронарӣ бо ретсидиви барвақтии синдроми шадиди коронарӣ (СШК) ва ИМ, дучоршавӣи басомади баланди шакли атипикӣ ва бе симптоми КВП, робитаи зичи ОДР бо зухуроти фаъолноқӣ ва виссералии АР хос аст [26,31,32,49,52,38,40,61-64].

Натиҷаҳои як қатор таълифоти нашршуда аз басомади баланди дучоршавӣи симптомҳои субклиникӣи ихтилоли кардиоваскулярӣ (ИКВ) дар 45-75% беморони гирифтори АР, ба монанди дисфунксияи эндотелий, зиёдшавӣи ғавсии комплекси интимамедиа, дисфунксияи диастолии меъдачаи чап, перикардити адгезивӣ, патологияи дастгоҳи клапани дил шаҳодат медиҳанд [13,31,38,48,60]. Дар баробари ҳамин муаллифон аз хусуси коҳишёбии дучоршавӣи симптомҳои манифестии клиникӣи КВП (БИД, норасоии музмини дил - НМД, миокардит, перикардит) ҳангоми АР - ҳамагӣ

дар 20-25% шахсони муоинашуда маълумот медиҳанд [13,31,38,48,60]

Новобаста ба омӯзиши бисёрсолаи маҷмӯи масъалаҳои вобаста ба мушкilotи СКВ (КВС) дар орбитаи ихтилоли патологӣ ҳангоми АР, механизмҳои ҳақиқии ПКВ (КВП) ҳангоми АР ва бемориҳои дигари аутоиммунӣ системавӣ то охир омӯхта нашудаанд ва мисли пештара объекти омӯзиши ҳаматарафаи таҳқиқотчиёни муосир боқӣ мемонад [13,33,38,50,56].

Дар адабиётҳо хилофи назарҳо пеш аз ҳама, масъалаҳои нақш ва иштироки бо ном “РА-ассотсиатсияшуда”-и анъанавии ФР-ро дар патогенез ва инкишофи ОДР-и генези коронарогении беморони АР фаро мегиранд [13,33,50,56]. Маълумоти таҳқиқотҳои солҳои охир аз он шаҳодат медиҳанд, ки ФР-и анъанавии инкишофи АС – и шараёнҳои короанрӣ ва ОДР-и ба он алоқаманд (бемориҳои ишемикии дил - БИД, ИМ, ОКС, НМД) дар инкишофи оризаҳои зикршуда ҳангоми АР ва бемориҳои дигари аутоиммунӣ нақши муайян доранд, вале ба таври пурра генези симптомҳои сершумори клиникӣ ва субклиникии ИКВ (КВН)-ро дар беморони категорияи мазкур шарҳ на медиҳанд [40,48,57,58,64].

Аз миёни ФР-и анъанавии инкишофи ОДР дар беморони гирифтори АР нисбатан паҳншуда ва аз ҷиҳати патогенетикӣ муҳим АГ ва дислипидемия ба ҳисоб меравад [31,34,42,43,56]. Мувофиқи маълумоти бисёре аз таҳқиқотчиён маҳз АГ ва дислипидемия дар тағйирёбии сохторӣ-функционалии СКВ ҳангоми АР ва бемориҳои дигари аутоиммунӣ саҳми зиёд доранд [30,59,64]. Вале механизмҳои сабабӣ -патогенетикӣ ташаккули АГ ва спектри атерогении липидии хун ҳангоми АР мисли пештара дискутабелӣ боқӣ мемонад ва омӯзиши минбаъдаро тақозо менамояд.

Мувофиқи маълумотҳои пажӯҳишгарони муосир чараёни иммуноилтиҳобии музмин ва ихтилоли липидӣ, аз як тараф компоненти патогенетикӣ атерогенез, аз тарафи дигар, онҳо аз бисёр ҷиҳат суръатнокии инкишоф ва хусусияти ОДР-и бо

АС алоқаманро муайян менамоянд [33,42-44,51]. Дар ревматологияи муосир дар таълифоти вобаста ба нақши чараёни иммуноилтиҳобии музмин дар атерогенез ба чунин ҷузъиёт аҳамияти ҷиддӣ дода мешавад: ситокин ки на танҳо дар мубодилаи ихтилоли чарбҳо, балки дар атерогенез дар умум роли калон мебозад, ФНО-а ва ИЛ-6 ба ҳисоб меравад. Ҳарду ин ситокини зиддиилтиҳобӣ айнаи ҳол медиатори асосии атерогенез ҳисобида мешаванд. ФНО-а ва ИЛ-6 чунин қобилият доранд: а) дисфунксияи эндотелий ва ситокини дар натиҷаи тағйиротҳои метаболизми липидҳо ва липопротеидовҳо пайдошударо ба танзим меорад; б) дар дестабилизатсияи АТБ фаъолони иштирок менамояд; в) антикоагулянтҳоро маҳв намуда, ҳосияти прокоагулянтӣ эндотелий рагиро афзоиш медиҳад [33,39,44,46,50,56].

Натиҷаҳои як қатор таҳқиқотҳои дар адабиётҳо пешниҳодгардидаи солҳои охир шаҳодат медиҳанд, ки дар инкишофи самти атерогении ихтилоли мубодилаи липидҳо дар беморони гирифтори шаклҳои вазнин ва хеле фаъоли АР омили дигари муҳим хусусияти фармакотерапияи беморӣ, махсусан истеъмоли тӯлонии ГК бе препаратҳои қатори базисӣ ба ҳисоб меравад [38,48,57,58].

Маълумоти адабиётҳо ба он далолат менамоянд, ки истеъмоли тӯлонӣ ва беназорати НПВП ва ГК метавонад ба дестабилизатсияи ГШ, инкишофи норасоии дил, гипергликемия оварда расонад, инчунин бо афзоиши хатари инкишофи ОДР-и вазнин (ИМ, инсулт, фавтияти ногаҳонии дил) алоқаманд аст [38,49,58,59].

Умуман ҳангоми варианти баландфаъол, чараёни илтиҳобии АР, махсусан чараёни аутоиммунӣ фаъол бо дисбаланс дар шабакаи ситокинӣ ва гиперпродуксияи ситокини илтиҳобӣ бо иштироки ФР-и анъанавӣ инкишофи ОДР ба афзоиши ремоделятсияи ҳам рағҳои канорӣ ва ҳам коронарӣ оварда мерасонад, ки онҳо асоси тағйирёбии сохторӣ-функционалии СКВ-ро дар умум ташкил медиҳанд [12,20,37,38,40,43].



Дар ин самт дар ду дахсолаи охир дар беморони гирифтори АР объекти таҳқиқоти интенсивӣ инҳо ба ҳисоб мераванд: а) ҳолати сохторӣ-функционалии шараёнҳои канорӣ ва коронарӣ; б) ҷараён ва хусусияти тағйирёбии мавзеи чапи дил (МЧД) [50,56,58,64].

Ҳангоми таҳлил ва баҳодиҳии хусусиятҳои асосии сохторӣ-функционалии шараёни хоб дар беморони гирифтори АР бисёре аз таҳқиқотчиён аз як тараф, афзоиши ғафсии КИМ, мавҷудияти АТБ, афзоиши устувори мавзеи девора ва ЭД, аз тарафи дигар, мавҷудияти ғаёлнокии алоқамандии зичи тағйиротҳои зикршуда, давомнокии ва вазнинии АР, дараҷаи СРБ, ИЛ-6 и ФНО-ро ошкор намуданд [11,13,48,54,56]. В современной практической ревматологии амалии муосир хусусияти сохторӣ-функционалии девораи рағҳо инкишоф ва хурӯҷи ОДР предикторҳои маъмулӣ ба ҳисоб мераванд [11,34,48,57].

Дар адабиётҳои солҳои охир таълифотҳои зиёде лучор меоянд, ки ба масъалаҳои мураккаби сохторӣ-функционалии таҷдиди МЧД (мавзеи чапи дил – ЛОС) ҳангоми АР бахшида шудаанд. Натиҷаи таҳқиқотҳои зикршуда аз он шаҳодат медиҳанд, ки дар беморони гирифтори шакли ғаёли АР як қатор тағйиротҳои параметри морфофункционалии дорои хусусияти ҳолати функционалии МЧД мушоҳида карда мешаванд, ки дар маҷмӯъ онҳоро «ремоделятсияи дил» номидан мумкин аст. Дар ин ҳолат аксари таҳқиқотчиён ба сифати ремоделятсияи МЧД дар патсиентҳои гирифтори АР ҷузъиётҳои зеринро ҷудо кардаанд: ГЛЖ, ДДЛЖ, сферизатсияи МЧД ва навъи гиперкинетикӣ гемодинамика [40=?]. Дар баробари ҳамин, новобаста ба таҳқиқотҳои сершумори ба масъалаҳои ремоделятсияи МЧД механизмҳои ҳақиқии патогенетикӣ таҷдиди сохторӣ-функционалии МЧД дар беморони АР, махсусан дар ҳамбастагӣ бо БИД мисли пештара ба таври кофӣ омӯхтанашуда ва дискутабелӣ боқӣ мемонад. Аз тарафи дигар, пажӯҳишгарони муосир масъалаҳои сохтори барвақтӣ ва субклиникӣ КВН-ро ҳангоми АР,

ки аз ҷиҳати ташхисот, пешгӯӣ ва нақшаи терапевтӣ, самтҳо ва мушкilotи коморбидии АР ва КВП аҳамияти ҷиддӣ дорад, В тоҷе коморбидности РА и КВП ба таври пурра ва зарурӣ мавриди таҳқиқ қарор на-медиҳанд [41=?].

Аз тарафи дигар, солҳои охир муқаррар карда шудааст, ки истифодаи омехтаи ГИБП (ингибиторҳои ФНОα?) ва МТ ба тариқи зерини (методжест) дар беморони дорои АР дар речаи интенсивӣ дар доираи стратегияи Т2Т, хусусияти «антиатерогенӣ» ва самаранокӣ «вазокардиопротективи»-ро нишон медиҳад, ки мавқеи илтиҳоби музмини аутоиммуниро ба сифати ФР-и асосӣ дар инкишофи ОДР ҳангоми АР ва бемориҳои дигари аутоиммунӣ мустаҳкам менамояд [42=?].

Дар ин самт дар адабиётҳо ақидаҳои асосноке дучор меоянд, доир ба профилактикаи ОДР дар беморони дорои АР сухан меравад ва аҳамияти терапияи самаранокӣ зидди илтиҳобӣ бо истифодаи БПВП ва ГИБП, махсусан дар доираи стратегияи Т2Т қайд карда мешавад [43]. Дар ин самт таҳлил ва баҳодиҳии КВР дар беморони дорои АР, ки ҳолати ремиссияи устувор (sustained)-ро аз сар гузаронидаанд, қобили таваҷҷуҳи илмию амалӣ мебошад. Натиҷаи таҳқиқотҳои ҷанге пеш анҷом додашуда (шумораи онҳо зиёд нест) бешубҳа, аз он хусус шаҳодат медиҳанд, ки расидан ба ҳолати устувори (sustained) ремиссия дар беморони гирифтори АР предиктори регрессияи КВР ба ҳисоб меравад [44].

Умуман таҳлил ва баҳодиҳии танқидии маълумотҳои солҳои охир дар адабиётҳо овардашуда нишон медиҳанд, ки аз як тараф, бисёр масъалаҳои вобаста ба ташхисот, таснифот, механизмҳои эҳтимолии патогенетикӣ зухуроти системавии АР ва аҳамияти пешгӯии онҳо дар баҳодиҳии вазнинии беморӣ, аз тарафи дигар, омӯзиши нокифоя ва дискутабелнокии масъалаҳои зиёд доир ба мушкilotи коморбидии АР ва КВП, инчунин ОДР-и некоронарогенӣ таҳқиқотҳои минбаъдaro талаб менамоянд.

Адабиёт

1. Волкова М.В. Ассоциация клинического фенотипа и профиля аутоантител при ревматоидном артрите / М.В. Волкова, Е.В. Кундер // Научно-практическая ревматология. – 2018. – №56 (3, прил. 2). – С.26-27.
2. Carina A.I. Mechanisms leading from systemic autoimmunity to joint-specific disease in rheumatoid arthritis / A.I. Carina [et al.] // Nat. Rev. Immunol. - 2017. - № 13 (2). - P. 79-86.
3. McInnes IB, Schett G. Pathogenetic insights from the treatment of rheumatoid arthritis. *Lancet*. 2017; 389(10086):2328-37.
4. Насонов Е.Л. Проблемы иммунопатологии ревматоидного артрита: эволюция болезни / Е.Л. Насонов // Научно-практическая ревматология. – 2017. - № 55 (3). – С. 277-294.
5. Клиническая ревматология / В.И. Мазуров [и др.]: под ред. В.И. Мазурова, – М.: ООО «Е-нот», 2021. – 695с.
6. Ревматология: российские клинические рекомендации / Под ред. академика РАН Е.Л. Насонова // Издательская группа «Геотар – Медиа». – 2019. – 461 с.
7. Молекулярно-генетическое тестирование АЦЦП-позитивных больных ревматоидным артритом с высокой воспалительной активностью заболевания (исследование РЕМАР-КА) / И.А. Гусева [и др.] // Научно-практическая ревматология. – 2018. – №56 (1). – С.5-9.
8. Factors Associated With Sustained Remission in Rheumatoid Arthritis in Patients Treated With Anti-Tumor Necrosis Factor / P. Hamann [et al.] // *Arthritis Care Res (Hoboken)*. - 2017. - V. 69 (6). - P. 783-93.
9. Smolen JS, Aletaha D, McInnes IB. Rheumatoid arthritis. *Lancet*. 2016;388(10055):2023-38.
10. Rheumatoid arthritis and risk of cardiovascular disease / P.W. Meyer [et al.] // *Cardiovasc J Afr*. - 2018. - Mar 27. - V. 29. - P. 1-5.
11. Князева Л.А. Эндотелиальная дисфункция у больных ревматоидным артритом с коморбидной патологией / Л.А. Князева, Е.Б. Комарова, Н.Г. Блудова // Современная ревматология. - 2017. - №4. - С. 25-29.
12. Назаров Б.Д. Ревматоидный артрит с системными проявлениями: диагностика, клинико-иммунологические особенности, оценка прогноза, оптимизация терапии. Диссертация на соискание ученой степени канд. мед. Наук: 14.01.04 / Б.Д. Назаров. – Душанбе. – 2013. – 160 с.
13. Афанасьев И.А. Кардиоваскулярная коморбидность у больных ревматоидным артритом: безопасность лечения / И.А. Афанасьев, Н.М. Никитина, А.П. Ребров // Практическая медицина. – 2015. – № 3-2 (88). – С. 135-138.
14. Горячева С.А. Анемический синдром у больных ревматоидным артритом / С.А. Горячева, О.П. Фомина // Научно-практическая ревматология. – 2018. – №56 (3, прил. 2). – С.29-30.
15. Ганиева Ж.А. Цитокиновый профиль и уровень сывороточного эндотелина у больных ревматоидным артритом в сочетании с ишемической болезнью сердца. Дисс. на соискание ученой степени канд. мед. наук / Ж.А. Ганиева // Махачкала. – 2014. – 137 с.
16. Поражение внутренних органов и систем при ревматоидном артрите / М.В. Погребная [и др.] // 7 Всероссийская конференция ревматологов России: Сб. тезисов. – Владимир. – 2012. – С. 42-43.
17. Бестаев Д.В. Системные проявления ревматоидного артрита / Д.В. Бестаев, Д.Е. Каратеев, Е.Л. Насонов // Научно-практическая ревматология. – 2013. – №1. – С.76-80.
18. Муравьев Ю.В. Внесуставные проявления ревматоидного артрита / Ю.В. Муравьев // Научно-практическая ревматология. – 2018. - № 56(3). – С. 356-362.
19. Тяжелый вариант течения ревматоидного артрита / Н.В. Чичасова [и др.] // Российский медицинский журнал. – 2014. - №7. – С.488-490.
20. Насонов Е.Л. Ревматоидный артрит: проблемы ремиссии и резистентности / Е.Л. Насонов, Ю.А. Олюнин, А.М. Лиля // Научно-практическая ревматология. – 2018. – 56 (№3). – С.263-271.



21. Ревматоидный артрит с системными проявлениями: диагностика, индикаторы неблагоприятного прогноза / Б.Д. Назаров [и др.] // Научно-практическая ревматология. – 2012. – №6. – С.45-49.
22. Buch M.H. Defining refractory rheumatoid arthritis / M.H. Buch // *Ann Rheum Dis.* -2018, Mar 27.
23. Логинова Т.К. Характер системных проявлений на ранней стадии ревматоидного артрита / Т.К. Логинова, Н.А. Шостак. А.А. Мурадянц // Научно-практическая ревматология. – 2005. – №3. – С.74-78.
24. Severe extra-articular disease manifestations are associated with an increased risk of first ever cardiovascular events in patients with rheumatoid arthritis / C. Turresson [et al.] // *Ann. Rheum. Dis.* – 2007. – V.66. – P.70-75.
25. Ревматоидный артрит в ревматологической практике России: тяжесть заболевания в российской популяции больных. Одномоментное (поперечное) эпидемиологическое исследование (RAISER) / О.М.Фоломеева [и др.] // Научно-практическая ревматология. – 2010. – №1. – С.50-60.
26. Якушева Б.А. Влияние системных проявлений ревматоидного артрита и его продолжительности на течение ишемической болезни сердца / Б.А. Якушев, В.И. Мазуров // Научно-практическая ревматология. – 2003. – №2. – С.117-120.
27. Das S An Overview of the Extraarticular Involvement in Rheumatoid Arthritis and its Management / S. Das, P. Padhan // *J Pharmacol Pharmacother.* - 2017. - V. 8 (3). - P. 81-86.
28. Ajeganova S. Sustained remission in rheumatoid arthritis: latest evidence and clinical considerations / S. Ajeganova, T. Huizinga // *Ther Adv Musculoskelet Dis.* - 2017. - V. 9(10). - P. 249-262.
29. Extra-Articular Manifestations of Rheumatoid Arthritis & its relation with Treatment Outcome: a tertiary care hospital experience / N. Akter [et al.] // *KYAMC J.* - 2015. - V. 6(1). - P. 570-573.
30. Ревматоидный артрит: вопросы распространенности, классификации, диагностики и ведения больных / А.В. Гордеев [и др.] // *OpinionLeader (Лидер мнений).* – 2018. - №6 (14). – С.72-77.
31. Prevention of cardiovascular disease in rheumatoid arthritis / I. Hollan [et al.] // *Autoimmun Rev.* - 2015. - V. 14(10):952-69.
32. Mortality in patients with rheumatoid arthritis: a 15-year prospective cohort study / J. Van den Hoek [et al.] // *Rheumatol Int.* - 2017, Apr. - V. 37(4). - P. 487-93.
33. Disease activity in rheumatoid arthritis and the risk of cardiovascular events / D.H. Solomon [et al.] // *Arthritis Rheum.* - 2015, Jun. - V.67(6). - P. 1449-55.
34. Atherosclerosis is not accelerated in rheumatoid arthritis of low activity or remission, regardless of antirheumatic treatment modalities Arthritis / A. Arida [et al.] // *Rheumatology (Oxford).* - 2017, Jun 1. - V. 56 (6). - P. 934-939.
35. Novel gene variants associated with cardiovascular disease in systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis / D. Leonard [et al.] // *Ann Rheum Dis.* - 2018. - Mar 7. pii: annrheumdis-2017-212614.
36. Coronary flow reserve in systemic rheumatic diseases: a systematic review and meta-analysis / G.L. Erre [et al.] // *Rheumatol Int.* - 2018. - May 7.
37. Systemic inflammation and cardiovascular risk factors predict rapid progression of atherosclerosis in rheumatoid arthritis / I. del Rincyn [et al.] // *Annals of the Rheumatic Diseases.* – 2015. – V. 74 (6). – P. 1118-1123.
38. Насонов Е.Л. Сердечно-сосудистая патология при ревматических заболеваниях / Е.Л. Насонов, Т.В. Попкова, Д.С. Новикова // *Терапевтический архив.* – 2016. - №5. – С. 3-10.
39. Влияние подкожной формы метотрексата на структурно-функциональное состояние сосудистой стенки у больных ревматоидным артритом / Л.А. Князева [и др.] // Научно-практическая ревматология. - 2015. - №53 (3). - С. 258-265.

40. Синеглазова А.В. Состояние коронарных артерий и детерминанты коронарного атеросклероза при ревматоидном артрите / А.В. Синеглазова // Вестник рентгенологии и радиологии. - 2012. - № 4. - С. 10-14.
41. Параметры ремоделирования сосудистой стенки у больных ревматоидным артритом на фоне терапии методжемтом / Л. Дунгени [и др.] // Международный студенческий научный вестник. - 2015. - №5-1. - С.124.
42. Попкова Т.В. Ингибирование интерлейкина-6 и сердечно-сосудистая патология у больных ревматоидным артритом / Т.В. Попкова, Д.С. Новикова, Е.Л. Насонов // Терапевтический архив. - 2016. - №5. - С. 93-101.
43. Динамика липидных параметров крови у больных ранним ревматоидным артритом на фоне противоревматической терапии, проводимой по принципу «Лечение до достижения цели» / Е.В. Удачкина [и др.] // Научно-практическая ревматология. - 2016. - №54 (2). - С.164-170.
44. Inflammatory cytokines in atherosclerosis: current therapeutic approaches / D. Tousoulis [et al.] // *Eur Heart J*. - 2016. - V. 37. - P. 1723-1732.
45. Аршинов А.В. Сердечно-сосудистые осложнения при системной красной волчанке: механизмы ускоренного развития атеросклероза, диагностика, возможности коррекции / А.В. Аршинов, Н.Ю. Левшин, И.Г. Маслова // Научно-практическая ревматология. - 2017. - №55 (3). - С. 304-310.
46. Насонов Е.Л. Атеросклероз: перспективы противовоспалительной терапии / Е.Л. Насонов, Т.В. Попкова // Терапевтический архив. - 2017. - №5. - С. 4-12.
47. Сердечно-сосудистые факторы риска у больных ревматоидным артритом / Т.В. Кропотина [и др.] // Современные проблемы ревматологии. - 2013. - Т.5. - № 5. - С. 69-78.
48. Мясоедова Е.Е. Структурно-функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у больных ревматоидным артритом: ранняя диагностика нарушений и их прогностическое значение: автореф. дисс. ... канд. доктр. наук / Е.Е. Мясоедова - М.: -2011. - 42 с.
49. Rheumatoid arthritis and risk of cardiovascular disease / P.W. Meyer [et al.] // *Cardiovasc J Afr*. - 2018. - Mar 27. - V. 29. - P. 1-5.
50. Петров А.В. Динамика структурно-функциональных показателей состояния артерий миокарда у больных ревматоидным артритом при лечении метотрексатом и гидроксихлорохином / А.В. Петров, А.А. Звяева, Н.В. Матвеева // Научно-практическая ревматология. - 2016. - №54 (3). - С.299-303.
51. Маркеры воспаления у больных хронической ишемической болезнью сердца со стенозом аортального клапана / О.И. Афанасьева [и др.] // Российский кардиологический журнал. -2018. - №8. - С.17-23.
52. Holmqvist M. Acute coronary syndrome in new-onset rheumatoid arthritis: a population-based nationwide cohort study of time trends in risks and excess risks / M. Holmqvist, L.Ljung, J. Askling // *Ann Rheum Dis*. - 2017, Oct. - V. 76(10). - P. 1642-1647.
53. Влияние голимумаба на иммунологические маркеры метаболизма костной ткани и артериальную ригидность у больных ревматоидным артритом / Л.А. Князева [и др.] // Научно-практическая ревматология. - 2018. - №56 (3). - С.286-292.
54. Predictive Value of Arterial Stiffness and Subclinical Carotid Atherosclerosis for Cardiovascular Disease in Patients with Rheumatoid Arthritis / E. Ikdahl [et al.] // *J Rheumatol*. -2016 Sep. - V.43(9). - P. 1622-1630.
55. Закирова Н.Э. Роль иммуновоспалительных реакций и дисфункции эндотелия в ремоделировании миокарда и прогрессировании ишемической болезни сердца / Н.Э. Закирова, А.Н. Закирова // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. - 2014. №10 (5). - С. 488-494.
56. Мясоедова Е.Е. Роль традиционных факторов риска, хронического аутоиммунного воспаления и фармакотерапии в развитии кардиоваскулярных нарушений при ревмато-



идном артрите / Е.Е. Мясоедова // Вестник Ивановской медицинской академии. - 2013. - № 1. С. 57-64.

57. Прогрессирование атеросклероза сонных артерий у больных ранним ревматоидным артритом на фоне противоревматической терапии, проводимой по принципу «Лечение до достижения цели» / Е.В. Удачкина [и др.] // Научно-практическая ревматология. – 2018. – №56 (4). – С.449-455

58. Олюнин Ю.А. Применение нестероидных противовоспалительных препаратов у больных с высоким кардиоваскулярным риском / Ю.А.Олюнин [и др.] // Научно-практическая ревматология. – 2017. – №55 (3). – С.321-323.

59. Каратеев А.Е. Дестабилизации артериальной гипертензии как осложнении терапии нестероидными противовоспалительными препаратами / А.Е. Каратеев // Современная ревматология. – 2018. - № 12 (2). – С. 64-72.

60. Храмцов Н.А. Особенности диагностики и лечения ишемической болезни сердца при ревматоидном артрите / Н.А. Храмцов, Е.В. Трухина // Современная ревматология. - 2012. - №2. - С. 84-88.

61. Безболевая ишемия миокарда у больных ревматоидным артритом / Р.И. Стрюк [и др.] // Терапевтический архив. - 2014. - №5. - С. 16-20.

62. Аршин Е.В. Ремоделирование и диастолическая функция левого желудочка у больных артериальной гипертензией с ревматоидным артритом / Е.В. Аршин, В.В. Щёктова // Российский кардиологический журнал. - 2009. - №3 (53). - С. 32-37.

63. Диастолическая дисфункция левого и правого желудочков у больных ранним ревматоидным артритом до назначения базисной противовоспалительной терапии / И.Г. Кириллова [и др.] // Терапевтический архив. - 2015. - № 5. - С. 17-22.

64. Структурно-функциональное состояние левых отделов сердца у больных ревматоидным артритом: связь с клинико-иммунологическими особенностями заболевания и артериальной гипертензией / Д.А. Халилова [и др.] // Научно-практическая ревматология. - 2013. - № 51 (1). - С. 21-27.

РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ С СИСТЕМНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ И ПОРАЖЕНИЕМ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Талабова М.М., Саидов Ё.У.

Кафедра пропедевтики внутренних болезней, ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

В приведенном обзоре, который охватывает более 100 литературных источников последних 5 лет объектами анализа и оценки стали актуальные и дискуссионные вопросы, связанные с проблемой РА с системными проявлениями и вовлечением в орбиту иммунопатологических нарушений КВС. В чрезвычайном гетерогенном клиническом сценарии РА немаловажными факторами, которые, с одной стороны, обладают высокими прогностическими рейтингами в оценке тяжести заболевания, а с другой, - диктует необходимость оптимизации и пересмотра терапевтической стратегии заболевания в целом являются системные проявления

заболевания и практически постоянное присутствие коморбидных и мультиморбидных заболеваний, прежде всего КВП.

Многие современные исследователи предлагают разделить висцеральные проявления РА на две группы: а) системные проявления, обладающие высоким прогностическим рейтингом, наличие которых ухудшает жизненный прогноз больных (поражения кардиоваскулярной системы - КВС, почки - ревматоидный нефрит, серозиты, висцеральный ревматоидный васкулит); б) системные проявления, наличие которых непосредственно отражает уровень активности заболевания (лихорадка, полиамиотро-

фия, похудание, лимфаденопатия и др.).

По данным современных исследователей в структуре избыточной и преждевременной летальности пациентов с РА наибольший удельный вес приходится на ССО, обусловленные ранним развитием и ускоренным прогрессированием АС и частым присоединением артериальной гипертензии (АГ) (инфаркт миокарда, инсульт, внезапная коронарная смерть).

В целом анализ и критическая оценка данных, представленных в литературы последних показывает, что, с одной стороны,

многие вопросы, связанные с ранней диагностикой, классификацией, возможными патогенетическими механизмами системных проявлений РА и их прогностическая значимость в оценке тяжести заболевания, а с другой стороны, - малоизученность и дискуссионность большинство вопросов, связанных с проблемой коморбидности РА и КВП, а также некоронарогенных ССО, требуют дальнейшего исследования.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, системные проявления, сердечно-сосудистая патология, сердечно-сосудистых осложнений.

RHEUMATOID ARTHRITIS WITH SYSTEMIC MANIFESTATIONS AND CARDIOVASCULAR INVOLVEMENT: CURRENT STATUS OF THE PROBLEM

Talabova M.M., Saidova Y.U.

Department of Propaedeutics of Internal Diseases, SEI "Avicenna Tajik State Medical University"

In the given review, which covers more than 100 literary sources in the last 5 years the objects of analysis and evaluation were actual and debatable issues, related to the problem of RA with systemic manifestations and involvement in the orbit of immunopathological disorders of the CVS. In the extreme heterogeneous clinical scenario of RA, the systemic manifestations of the disease and almost constant presence of comorbid and multimorbid diseases, primarily cardiovascular pathology (CVP), are important factors that, on the one hand, have high prognostic ratings in assessing the severity of the disease and, on the other hand, dictate the need for optimization and revision of therapeutic strategy of the disease in general.

Many modern researchers propose to divide visceral manifestations of RA into two groups: a) systemic manifestations, which have a high prognostic rating, whose presence worsens the life prognosis of patients (lesions of the cardiovascular system - CVS, kidney - rheumatoid nephritis, serositis, visceral rheumatoid vasculitis); b) systemic

manifestations, the presence directly reflects the level of disease activity (fever, poly-amyotrophy, weight loss, lymphadenopathy etc.).

According to the data of modern researchers in the structure of excess and premature lethality of patients with RA the greatest specific weight falls on CVC, conditioned by early development and accelerated progression of AS and frequent accession of arterial hypertension (AH) (myocardial infarction, stroke, sudden coronary death).

In general, the analysis and critical evaluation of the data presented in the literature shows that, on the one hand, many issues related to early diagnosis, classification, possible pathogenetic mechanisms of systemic manifestations of RA and their prognostic significance in assessing the disease severity, and on the other hand, the lack of study and discussion of most issues related to the problem of comorbidity of RA and CVP, as well as non-coronary CVC, require further research.

Key words: rheumatoid arthritis, systemic manifestations, cardiovascular pathology, cardiovascular complications.



Саидов Ё.У. – д.и.т., профессори кафедраи таълими асосҳои бемориҳои дарунӣ, МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино», Тел. 918 69 48 19.

Talabova M.M. – аспиранти кафедраи таълими асосҳои бемориҳои дарунӣ, МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино», Тел. 918 27 33-98

Саидов Ё.У. – профессор кафедри пропедевтики внутренних болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Тел. 918 69 48 19.

Talabova M.M. – аспирант кафедры пропедевтики внутренних болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Тел. 918 27 33-98.

Saidova Y.U. – Professor of the Department of Propaedeutics of Internal Diseases, SEI “Avicenna Tajik State Medical University”, Tel. 918 69 48 19.

Talabova M.M. – postgraduate student of the Department of Propaedeutics of Internal Diseases, SEI “Avicenna Tajik State Medical University”, Tel. 918 27 33-98.

БАЪЗЕ ЧАНБАҲОИ ЭТИОЛОГӢ, ПАТОГЕНЕЗ ВА МУНОСИБАТ БА МУОЛИЧАИ ИЛЛАТҲОИ ЭНДОДОНТӢ-ПАРОДОНТАЛӢ (Шарҳи адабиёт)

Тохтаходжаева С.Т., Уманова Н.Э., Тағоева Ш.О.

Кафедраи стоматологияи муолиҷавии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Ҳамасола дар масоили этиология, патогенез, таъхис ва муолиҷаи иллатҳои эндо-донти-пародонталӣ теъдоди зиёди пажӯҳишҳо анҷом дода мешаванд [5, 11]. Бо вучуди ин, имрӯзҳо бемории мазкур ба ҳайси мушкилоти мубрами тиббӣ ва иҷтимоӣ-иқтисодӣ боқӣ монда, хусусияти васеи паҳншавӣ қасб намудааст [3, 4].

Як қатор тағйироти мураккаби морфо-функционалии патологияе, ки дар натиҷаи иллатҳои якҷояи эндо- ва пародонталӣ пайдо мешаванд, ҳамчун синдроми эндопародонталӣ СЭП муайян карда мешавад. Сабаби алоқамандӣ миёни бемориҳои пулпаи дандон ва иллатҳои бофтаҳои пародонталӣ хусусиятҳои ҷанинӣ ва анатомӣ-физиологии онҳо маҳсуб меёбад [9].

Бемориҳои якҷояи пулпа ва пародонт дар натиҷаи ҷойгиршавии наздики бофтаҳои зикргардида ба амал меоянд. Зимнан, оби даҳон, сӯроҳии куллай, каналҳои латериали-ву иловагӣ ва каналчаҳои дентинӣ мавзёҳои асосии пайвастшавии онҳо ба шумор мераванд [2].

Раванди патологияи пародонт ва пулпа сабаби талафёбии зиёда аз 50%-и дандонҳо ба шумор мераванд. Аз як тараф сирояти доимии бофтаи пулпавӣ метавонад сабаби сирояти сонавӣ ва деструксияи пародонт гардад. Аз ҷониби дигар бошад, дар ҳолатҳои ниҳоят аҳёнӣ сирояти ошқорои пародонталӣ сабаби

илтиҳоби пулпа мегардад. Дар ин маврид, ба андешаи муаллифони (10), таъхис ва таъхиси тафриқавӣ душвор аст, гарчанде беморӣ аксаран ҳамчун раванди мустақилона баррасӣ мешавад ва ҳар бемории аввалин хусусияти клиникалии дигариро такрор мекунад.

Хусусиятҳои анатомии сохтори эндопародонталӣ, ки дар марҳалаи инкишофи ҷанинӣ ташаккул меёбад, механизми кӯчиш бактерияҳоро асоснок намуда, боиси вазниншавии дучонибаи раванди илтиҳобӣ дар бофтаҳои эндо ва пародонталӣ мегардад [1, 2].

Ба андешаи Н.Х. Meng [21], бемориҳои якҷояи пародонт ва пулпа зухуроти клиникалии раванди илтиҳобии микробӣ маҳсуб меёбад, ки тавассути мавзеи пайвастшуда байни пулпа ва бофтаҳои пародонталӣ аз як қисм ба қисми дигар мегузарад.

S. Ruppertal. [13] дар таҳқиқотҳои худ муайян кард, ки микроорганизмҳо дар обиятҳо ҳангоми СЭП аз қисмҳои пародонталӣ ва каналҳои решаҳои дандон ба ҳам монанд буда, зимнан аксари онҳо анаэробҳо ба ҳисоб мерванд. Ҳангоми СЭП дар бофтаҳои пародонталӣ микробҳои ба монанди *Actinobacillus actinomycetem comitans*, *Bacteroides forsythus*, *Eikenella corrodens*, *Fusobacterium nucleatum*, *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia* ва *Treponema denticola*, инчунин занбурӯҳои *Candida albicans* ошқор мегардад.

Аввалан бемориҳои якҷояи пародонт ва пулпа дар натиҷаи ҳамшафатии анатомӣ ва мавҷудияти анастомозҳои рағӣ дар байн онҳо ба амал меоянд, ки ҳамчун асли экто-мезенхималии умумӣ шарҳ дода мешавад [2].

Ҳангоми периодонтити музмини апикалӣ ва думмали музмини перирадикулярӣ аксаран дар қуллаи реша ҷаббиши илтиҳобии устухонӣ мушоҳида мешавад. Деструксияи зикргардидаи бофтаҳои самти апикалӣ-иклилӣ ба муқобили пародонтити канорӣ, ки дар ҷавоб ба сиряти кисаи милкӣ ба амал меояд, пародонтити ретроградӣ низ ном гирифтааст [6].

Кӯчиши микроорганизмҳои сироятии ба бофтаҳои дандон раҳёфта метавонанд аз пулпа ба канали решаҳои дандон, бофтаҳои пародонталӣ ва баръакс ба воситаи каналчаҳои денталӣ тавассути сӯроҳии апикалӣ, инчунин каналҳои паҳлӯӣ ва иловагӣ амалӣ шаванд [22].

Қайд кардан лозим аст, ки пулпа ва пародонт байни ҳам ба воситаи сӯроҳии апикалӣ якҷоя мешаванд. Охириин канали кӯчиши микроорганизм, заҳрҳо ва маҳсулоти илтиҳобии онҳо ба шумор меравад, ки дар натиҷаи он иллатҳои периапикалӣ ё гузариши раванди илтиҳобӣ ба пулпа аз қитъаҳои амиқи кисаҳои пародонт ба пулпа ба амал меояд [23].

Тибқи маълумотҳои J.H. Simonetal. [25] ҳангоми амалинамоии баъзе амалиётҳои стоматологӣ (тозакунии касбии дандонҳо, гирифтани санги дандон, «маҳкам кардани» фиссураҳо ва ғ.), инчунин ҳангоми тағйиротҳо дар бофтаҳои пародонт каналчаҳои дентинӣ метавонанд кушода шаванд. Ба воситаи ин каналҳо якҷояшавии пулпа бо сатҳи берунии реша дар ҳолати деструксияи сement имконпазир аст, ки дар натиҷаи он гиперхассосияти гарданаи дандонҳо мушоҳида мешавад.

Ба туфайли шакли конусӣ, мувофиқи умқи раванди кариесии дентин нуфузпазирӣ каналчаҳо меафзояд. Муқаррар шудааст, ки колонизатсияи микробии каналчаҳои дентинӣ аз каналҳои дентинӣ, инчунин кисаҳои пародонталӣ ба амал меояд. Каналҳои реша ба воситаи каналчаҳои дентинӣ, кана-

лҳои мавзеи шоҳабандии решаҳо, каналҳои паҳлӯӣ ва иловагии реша, чунин сӯроҳии апикалӣ бо периодонт якҷоя мешаванд. Бештар каналҳои паҳлӯӣ ва иловагии дар сеяки қуллагии решаи дандон ҷойгир мешаванд. De Deus [14] дар таҳқиқотҳои худ зимни 27,4% дандонҳои муоинана мӯдааш мавҷудияти каналҳои иловагиро мушоҳида кардааст. Бар пояи маълумотҳои J.L. Guttman [16], ӯ дар 25,5% ҳодисаҳо онҳоро дар мавзеи бифуркатсия дидааст. Басомади дучоршавии каналҳои иловагӣ, зимни таҳқиқотҳои донишмандон, дар дандонҳои молярӣ дар мавзеи фуркатсия 30% ва каналҳои латериалӣ бошанд, 10% ҳолатҳоро ташкил медиҳад. Илтиҳоби пулпаи дандон аксаран боиси илтиҳоби периодонт ва дар натиҷа боиси паҳншавии микроорганизмҳо ва маҳсулоти фаъолияти ҳаётии онҳо дар бофтаҳои атрофи қуллагӣ мегардад.

Ҳаман тавр, ҳангоми мавҷудияти теъдо-ди зиёди каналҳои иловагӣ дар ҳолати иллати илтиҳобии бофтаҳои эндо ва пародонталӣ хатари паҳншавии сироят меафзояд. Дар амалияи стоматологӣ иллатҳои аввалияи пулпавиро бо ҷалб шудани пародонт, иллати аввалияи пародонталиро бо ҷалб шудани пулпа ва иллати аслии якҷояи пулпавӣ-пародонталиро ҷудо мекунанд. Дар натиҷаи периодонтити аввалия бемории пулпа бо пешгӯии номусоид тавсиф меёбад, дар ҳоле ки ҳангоми муолиҷаи мувофиқи эндодонтӣ регенератсияи пародонт зимни иллати аввалияи пулпа эҳтимолияти бештаре дорад [9].

Таъсири бемории пулпаро ба пародонт омӯхта, K. Kerekesetal. [17] чунин мешумрад, ки флораи микробӣ дар манбаи сироятии аввалияи эндодонтӣ аз рӯйи таркиб ба кисаҳои амиқи пародонталӣ мувофиқанд. Ба пиндори онҳо илтиҳоби пародонт аз ҳисоби аккумулятсияи бактерияҳо дар мавзеи милку дандонҳо шакли доимӣ мегирад ва манбаҳои патологӣи эндодонтӣ бошанд, мустақиман ба мавзегии сироят дар системаи каналҳои мусоидат менамоянд.

Мавзеи фаъоли иммунологии мавҷуда дар пулпаи дандон дар иллати эндодонтӣ ҷойгир шуда, паҳншавии микроорганизм-



мҳои патогениро аз системаи эндодонтӣ ба бофтаҳои атроф пешгирӣ менамояд. Мувофиқ маълумотҳои S. Seltzer et al. [24] муолича накардани сирояти эндодонтӣ омили хатари авҷ гирифтани бемории пародонталӣ ба ҳисоб меравад. Ба андешаи муаллифони кишварҳои хориҷи дур [15, 19, 20] акси ин, яъне таъсири пародонтит ба системаи эндодонтӣ низ мавҷуд аст. Дар пажӯҳишҳои муҳаққиқони мазкур таъсири пародонтит ба пулпа мавзӯи муҳофизати ихтилофомезона гардидааст. Инчунин дар пародонти урёни сатҳи реша чамъ шудани чирк аз микроб, ки дар натиҷаи деструксия ба амал омадааст, метавонад боиси раванди патологияи системаи эндодонтӣ гардад. Дар решаи дандон зимни мавзеи иллати пародонт тағйиротҳои патологӣ, инфилтратҳои ҳучайравӣ ва некрози бофтаи пулпавӣ мушоҳида гардид.

Маҳсулоти фаъолияти ҳаётии микроб ва захрҳо метавонанд ба таври иловагӣ ба воситаи каналҳои кушодаи дентинӣ ба пулпа ворид шаванд, дар ин маврид навъи муолиҷаи пародонтологӣ, масалан пок кардани санг ва пардоз намудани сатҳи реша, аппликасияи препаратҳои доруӣ аз аҳамият ҳолӣ нест. Ҷанбаҳои патоморфологияи оризаҳои эндопериодонталиро омӯхта, L.L. Kirkevang et al. [18] муайян намудаанд, ки илтиҳҳои музмини дуру дароз дар бофтаҳои периодонталӣ реаксияи организм ба мавҷудияти микроорганизмҳо дар каналҳои решаи дандон ба ҳисоб меравад, ки аз маҳсулоти таҷзияи фаъолияти ҳаётии ҳуди онҳо ва антигенҳо ба воситаи сӯроҳии апикалӣ дар бофтаҳои наздикҳобида озод мешаванд.

Ҳангоми иллатҳои периапикалии аслашон эндодонтӣ ва пародонтит, механизмҳои монанди патогенӣ ба қор мебароянд, ки бо илтиҳоби бактериявӣ алоқаманд буда, ҷавоб ба системаи масунияи ҳучайраҳо ва остеолитис мебошад [3]. Инкишоф ёфтани тағйиротҳои патологияи эндодонт бо сабаби контаминатсияи бактериявии пулпа бо инкишоф ёфтани равандҳои илтиҳобӣ ва некрози охири, ҷаббиши устухон дар мавзеи периапикалӣ ва ҳосил шудани гранулема ё киста ба амал меояд [7].

Сирояти бешумор ҳангоми иллатҳои перियो- ва пародонталӣ, инчунин омилҳои психогении хатар ба воситаи реаксияи иммунологӣ ба шиддат гирифтани фаъолнокии раванди ҷаббиши устухон мусоидат менамоянд. Фаъолнокии остеокластогенез то лаҳзае идома меёбад, ки микроорганизмҳо бартараф карда нашаванд. Дар ин маврид раванди деструктивии бофтаҳо фаъолнокии ситокинҳо ва моддаҳои протеолизӣ асоснок намуда, боиси деградацияи бофтаҳои пайвастандани ва ҷаббиши устухон дар мавзеи иллатҳои эндодонтӣ-пародонталӣ мегардад [8].

К. Langeland et al. [19] дар таҳқиқотҳои худ иллатҳои ретроградии пулпаро дар бемороне ошкор намуд, ки бо сабаби то сурӯҳии апикалӣ паҳншавии чирк аз микроб аз пародонтит ранҷ мекашиданд. G. Sundqvist [27] ва P. Stashenko et al. [26] иллати омехтаи пародонт ва пулпаи дандонро шарҳ дода, ба ҳулосае омаданд, ки сирояти омехтаи анаэробии бо чирки микробӣ якҷояшуда, ки мувофиқи як қатор ҷанбаҳои микробӣ ва иммунологӣ умумияти зиёде доранд, сабаби бемории пародонт ва пулпамегарданд. Тибқи андешаи М. Arnold [12] дар ҳолати инкишоф ёфтани патологияи омехтаи пулпа ва пародонт ҳифз намудани дандон хеле душвор аст. Иҷро намудани дастамалҳои техникаи мураккаб, масалан пӯшондани сӯроҳӣ, берун кашидани ҷисми бегона аз канали реша ё коркарди қитъаҳои маҳкамшудаи онҳо, дар ҳолати истифода бурдани воситаҳои муосири техникаӣ, таҷрибаи клиникӣ ва донишҳои амиқи назариявӣ имконпазир аст.

Бо вуҷуди таҳқиқоти бешуморе, ки ба кӯшиши ҳифз намудани дандонҳои гирифтдор ба патологияҳои эндодонтӣ-пародонталӣ бахшида шудаанд, чунин беморон бо дарназардошти мураккабии иҷрои боназакатонаи муоинаи таъхирӣ ва баъдан муолиҷа ба шумори гурӯҳи нисбатан мураккаб шомил мешаванд. Нокифоягии маълумотнокии табибон аз чунин навъи беморӣ ва заъфи таъсири дучонибаи байнифанни сабаби басомади кандани чунин дандонҳо гардидааст. Бештар ба бартараф намудани раванди патологияи

пародонт камтар таваҷҷуҳ карда мешавад, гарчанде пешгӯии дандони гирифтор ба бемориҳои эндодонти-пародонталӣ маҳсусан аз ҳолати бофтаҳои пародонт вобастагӣ дорад. Ҳолати мазкур сабаби самаранокии пасти муолаҷаи чунин гурӯҳи беморон мегардад. Дар навбати аввал ҳамзамон бартарарф намудани омили микробӣ аз системаи каналҳои реша ва кисаи пародонталӣ ва баъдан мувофиқи имконият барқарор кардани сохтори тақягоҳии дандон сабаби самаранокии муолиҷаи патологияҳои эндодонти-пародонталӣ мегардад. Ҳангоми муолиҷа кӯшиш на танҳо ба бартарарф кардани омили микробӣ, балки бояд фаъол намудани механизмҳои мавзеии хифозат ва регенератсияи бофтаҳои пародонт равона шавад.

Ҳамин тавр, бемориҳои илтиҳобӣ-деструктивии хусусияти эндодонти-пародонталӣ дошта яке аз сабабҳои басомади мурочиат кардан барои ёрии муолиҷавии стоматологӣ

гардидааст. Бемориҳои якҷояи пулпа ва пародонт зухуроти клиникаи раванди илтиҳобии аслашон микробӣ маҳсуб ёфта, аз эндодонт ба сохтори пародонталӣ мегузарад. Ҳангоми иллатҳои эндодонти-пародонталӣ механизмҳои монанди патогенези фаъол мешаванд, ки бо илтиҳоби аслаш бактериявӣ алоқаманд буда, ҷавоб ба системаи масунияти ҳуҷайраҳо ва остеолизиси қитъаи периапикалӣ мебошад.

Бо ҳамин сабаб пешгӯии дандони гирифтор ба пародонтит аз ҳолати бофтаҳои пародонт вобастагӣ дорад. Далели мазкур самаранокии пасти муолиҷаи беморони мубтало ба патологияи мазкур ва хатари баланди такрорёбии беморӣ гардидааст. Самаранокии муолиҷа, дар навбати аввал, бояд ба бартарарф намудани омили микробӣ аз кисаи пародонталӣ ва системаи каналҳои реша, баъдан ба барқарор кардани сохтори тақягоҳии дандон равона шавад.

Адабиёт

1. Галеева, З.Р. Морфофункциональные и этиопатогенетические связи при патологии эндодонта и пародонта / З.Р. Галеева, // Эндодонтия today. - 2012. - № 2. - С. 3-7.
2. Галеева, З.Р. Тубулярный путь микробной инвазии у пациентов с эндодонтальными очагами инфекции / З.Р. Галеева, Л.Р. Мухамеджанова, Н.М. Грубер // Практическая медицина. - 2012. - № 8(64). - Том 2. - С. 31-34.
3. Грудянов, А.И. Современное представление об этиологии и подходах к лечению эндодонтальных поражений / А.И. Грудянов, И.М. Макеева // Вестник Российской Академии медицинских наук. - 2013. - № 6. - С. 34-36.
4. Грудянов, А.И. Частота встречаемости эндодонто-пародонтальных поражений и информированность врачей об особенностях их диагностики и лечения / А.И. Грудянов, М.К. Макеева // Стоматология. - 2014. - № 3. - С. 11-14.
5. Грудянов, А.И. Эндодонто-пародонтальные поражения. Серия клинических случаев / А.И. Грудянов, К.Е. Москалев // Эндодонтия today. - 2007. - № 1. - С. 11-14.
6. Клинико-рентгенологические особенности различных форм хронических периодонтитов / М.А. Чибисова [и др.] // Институт стоматологии. - 2016. - № 2. - С. 38-43.
7. Максимова, О.П. Две стороны эндодонтии / О.П. Максимова // Клиническая стоматология. - 2012. - № 1. - С. 32-34.
8. Максюков, С.Ю. Иммунологические механизмы развития и прогрессирования остеолизиса при периодонтальных поражениях / С.Ю. Максюков, Т.В. Гайворонская, В.А. Проходная // Институт стомат.ии. - 2014. - № 1. - С. 100-102.
9. Мороз, П.В. Эндо-пародонтальный синдром: анатомические предпосылки развития, этиология, классификация и тактика лечения / П.В. Мороз // Институт стоматологии. - 2014. - № 2. - С. 91-93.
10. Профилактика инфицирования тканей периодонта в процессе эндодонтического лечения зубов / И.М. Макеева [и др.] // Стоматология. - 2009. - № 3. - С. 38-40. Хохрина, Т.Г. Патоморфологические аспекты эндодонтальных осложнений при эндодонтическом лечении / Т.Г. Хохрина // Эндодонтия today. - 2010. - Том IV. - № 1-2. - С. 43-45.
11. Arnold, M. Decision making and successful endodontic treatment in a complex clinical case / M. Arnold // Dental



IQ Intern Endodont J. - P. 37-50.

12. Comparison of profiles of key periodontal pathogens in the periodontium and endodontium / S. Rupf [et al.] // Endo Dent Traumatol. - 2010. - Vol. 16. - P. 269-275. De Deus, Q.D. Frequency, location and direction of the lateral, secondary and accessory canals / Q.D. De Deus // J Endod. - 2012. - Vol. 1. - P. 361-366.

13. Guldener, P.H. The relationship between periodontal and pulpal disease / P.H. Guldener // Inter Endod J. - 2018. - Vol. 18. - P. 41-54.

14. Gutmann, J.L. Prevalence, location and patency of accessory canals in the furcation region of permanent molars / J.L. Gutmann // J Periodontol. - 2015. - Vol. 49. - P. 21-26.

15. Kerekes, K. Similarities in the microfloras of root canals and deep periodontal pockets / K. Kerekes, I. Olsen // Endo Dent Traumatol. - 2010. - Vol. 6. - P. 1-5.

16. Kirkevang, L.L. Ten-year follow-up observations of periapical and endodontic status in a Danish population / L.L. Kirkevang, M. Vaeth, A. Wenzel // Intern Endod J. - 2012. - Vol. 45. - P. 829-839.

17. Langeland, K. Periodontal disease, bacteria and pulpal histopathology / K. Langeland, H. Rodrigues, W. Dowden // Oral Surg Oral Med Oral Pathol. - 2014. - Vol. 37. - P. 257-270.

18. Lantelme, R.L. Dentin formation in periodontally diseased teeth / R.L. Lantelme, S.L. Handelman, R.J. Herbison // J Dent Res. - 2016. - Vol. 55. - P. 48-51.

19. Meng, H.X. Periodontic-endodontic lesions / H.X. Meng // Ann Periodontol. - 2009. - Vol. 4. - P. 84-90.

20. Rotstein, I. Diagnosis, prognosis and decision-making in the treatment of combined periodontal-endodontic lesions / I. Rotstein, J.H. Simon // J Periodontol. - 2014. - Vol. 34. - P. 165-173.

21. Rotstein, I. Prognosis in the treatment of combined periodontal-endodontic lesions / I. Rotstein, J.H. Simon // J Periodontol. - 2015. - Vol. 13. - P. 334-342.

22. Seltzer, S. The interrelationship of pulp and periodontal disease / S. Seltzer, I.B. Bender, M. Ziontz // Oral Surg Oral Med Oral Pathol. - 2010. - Vol. 16. - P. 1474-1490.

23. Simon, J.H. Predictable endodontic and periodontic failures as a result of radicular anomalies / J.H. Simon, D.H. Glick, A.L. Frank // Oral Surg Oral Med Oral Pathol. - 2011. - Vol. 31. N 6. - P. 823-826.

24. Stashenko, P. Role of immune cytokines in the pathogenesis of periapical lesions / P. Stashenko // Endo Dent Traumatol. - 2010. - Vol. 6. - P. 89-96.

25. Sundqvist, G. Bacteriological studies of necrotic dental pulps: Umea University, Odontological Dissertations No 7 / G. Sundqvist. - Sweden, 2010.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЭТИОЛОГИИ, ПАТОГЕНЕЗА И ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ ЭНДОДОНТО-ПАРОДОНТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ (Литературный обзор)

Тохтаходжаева С.Т., Уманова Н.Э., Тагаева Ш.О.

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

Аннотация. Сочетание пародонтита и эндодонтического воспалительного процесса (пульпита и периодонтита) называемое эндодонто-пародонтальным поражением, представляет серьезную проблему современной стоматологии. Установлено, что патогенная микрофлора пародонтальных карманов и корневых каналов зубов с эндодонто-пародонтальным поражением, практически идентична и представляет собой преимущественно анаэробные микроорганизмы. Апикальное отверстие, боковые и дополнительные каналы являются физиологическими путями распространения инфекции между пульпой и пародонтом, по которым патогенные микроорганизмы могут мигрировать, приводя к взаимному отягощению воспалительных процессов. Причиной частых удалений является недостаточная информированность врачей о возможностях и этапах лечения этой группы поражений. Эффективное лечение эндодонто-пародонтальных поражений, подразумевает одновременное устранение

выше и дополнительные каналы являются физиологическими путями распространения инфекции между пульпой и пародонтом, по которым патогенные микроорганизмы могут мигрировать, приводя к взаимному отягощению воспалительных процессов. Причиной частых удалений является недостаточная информированность врачей о возможностях и этапах лечения этой группы поражений. Эффективное лечение эндодонто-пародонтальных поражений, подразумевает одновременное устранение

микробного фактора из системы корневых каналов и пародонтального кармана, а затем, по возможности, восстановление костных опорных структур, от которых зависит прогноз функционирования зуба в зу-

бочелюстной системе.

Ключевые слова: эндодонто-пародонтальные поражения, пародонтит, эндодонтия, бактериальная микрофлора, лечение корневых каналов, лечение пародонта.

SOME ASPECTS OF ETIOLOGY, PATHOGENESIS AND THE APPROACH TO THE TREATMENT OF ENDODONTIC-PARODONTAL LESION (LITERARY REVIEW)

Tokhtakhojaeva S.T., Umanova N.E., Tagaeva Sh.O.

Department of preventive dentistry SEI «ATSMU by the named Abuali ibni Sino»

Abstract. The combination of periodontitis and endodontic inflammatory process (pulpitis and periodontitis), called endodonto-periodontal lesions is a serious problem in modern dentistry. It has been established that the pathogenic microflora of periodontal recess and root canals of teeth with endodonto-periodontal lesions is almost identical and is predominantly anaerobic microorganisms. The apical opening, lateral and additional canals are the physiological pathways of infection between the pulp and the periodontium, through which pathogenic microorganisms can migrate, leading to mutual aggravation of inflammatory processes.

The reason for frequent removals is the lack of awareness of doctors about the possibilities and stages of treatment of this group of lesions. Effective treatment of endodonto-parodontal lesions implies the simultaneous elimination of the microbial factor from the root canal system and the periodontal recess, and then, if possible, the restoration of bone supporting structures, which determine the prognosis of the functioning of the tooth in the dentoalveolar system.

Keywords: endodonto-parodontal lesions, parodontitis, endodontics, bacterial microflora, root canal treatment, periodontal treatment.

Тохтаходжаева Саодат Тупалоновна, номзади илмҳои тиб, мудири кафедраи стоматологияи муолиҷавии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», E. Mail: tsaodat61@mail.ru. тел.: 918-48-04-56

Уманова Насиба Эргашевна, ассистенти кафедраи стоматологияи муолиҷавии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», E. Mail: unasiba85@mail.ru. тел.: 918-28-92-88

Тагаева Шахло Олимовна, ассистенти кафедраи стоматологияи муолиҷавии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», тел.: 901-11-20-08

Тохтаходжаева Саодат Тупалоновна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапевтической стоматологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Син», E. Mail: tsaodat61@mail.ru. тел.: 918-48-04-56

Уманова Насиба Эргашевна, ассистент кафедры терапевтической стоматологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», E. Mail: unasiba85@mail.ru. тел.: 918-28-92-88

Тагаева Шахло Олимовна, ассистент кафедры терапевтической стоматологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», тел.: 901-11-20-08

Tokhtakhojaeva Saodat Tupalonovna, c.m.s., associate professor of Preventive dentistry department of Avicenna TSMU, e-mail: tsaodat61@mail.ru. ph.: 918-48-04-56

Umanova Nasiba Ergashevna, assistant of Preventive dentistry in department of Avicenna TSMU, e-mail: unasiba85@mail.ru. ph.: 918-28-92-88

Tagaeva Shahlo Olimovna, assistant of Preventive dentistry in department of Avicenna TSMU, tel.: 901-11-20-08



ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

НИШОНДИХАНДАҲОИ МЕТАБОЛИЗМИ УСТУХОН ДАР ЗАНҲОИ БЕМОРИ ГИРИФТОРИ ДИАБЕТИ ҚАНД ТИПИ 2 ДАВРАИ БАЪДИ ҲАЙЗБИНӢ ДАР МАНОТИҚИ ТАВАЛЛУДШАВИИ ЗИЁД.

Анварова Ш.С., Музафарова М.Э.

Кафедраи эндокринологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Мубрамият. Дар адабиёти илмӣ муосир масъалаи ҳолати бофтаҳои устухонҳо дар беморони дорои диабети қанди типӣ 2 фаъолона баррасӣ мешаванд, дар сурате, ки ҳатари шикастагиҳои травматизмашон паст дида мешавад [1.2.4.]. Мубрамии асосиро дақиқ кардани хусусиятҳои патогенетикии осебҳои бофтаҳои устухонҳо ҳангоми ДҚ типӣ 2 дар постменопауза дар минтақаҳои таваллуди зиёд ба мисли Тоҷикистон ташкил медиҳад.

Мақсад. Баҳогузорӣ ба ҳолати метаболизми устухонҳо дар занҳои бемори ДҚ типӣ 2 дар менопауза бо назардошти паритет ва фосилаи интергенетикӣ дар анализ, дар баробари давомнокии менопауза, сатҳи назорати гликемӣ, мавҷуд будани оризаҳои музмини беморӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар таҳқиқот 110 бемори дорои ДҚ типӣ 2- 55 зани дорои паритети муътадил (гурӯҳи I) ва 55 нафар зан дорои паритети баланд (гурӯҳи II) дохил карда шудаанд. Синну соли миёнаи таҳқиқшудагон 58,8 сол буд. Дар гуруҳи II дар 30 %-и ҳолатҳо фосилаи пасти интергенетикӣ (1- 2 сол) ба мушоҳида расид. Гурӯҳи назоратӣ аз 20 зани ҳамин синну сол бидуни ДҚ иборат буд. Ҳамаи таҳқиқотшудаҳо сокинони маҳаллии Ҷумҳурии Тоҷикистон буданд. Дар ҷанбаи мукоисавӣ 30 нафар марди дорои ДҚ типӣ 2 таҳқиқ карда шуд.

Критерияҳои дохилкунӣ инҳо буданд: беморони гирифтори ДҚ типӣ 2 давраи постменопаузали дар ҳолати дараҷаҳои гуногуни назорати диабет; синну сол 46-65 сол; давомнокии диабет- 5 сол ва бештар.

Меъёрҳои дохилкунӣ: ДҚ типӣ 1; марҳилаҳои терминалии оризаҳои музмини ДҚ- ретинопатия, нефропатия; бемориҳои ревматикӣ; бемории хун; истеъмоли глюкокор-

ти кандҳо дар анализ; мавҷуд будани бемориҳои эндокринологӣ.

Дар протсессии таҳқиқот муайян карда шуд, ки массаи муътадили бадан дар 26, барзиёд дар 48 ва фарбеҳӣ дар 36 бемор ба мушоҳида расид. Ҳама беморони таҳқиқшуда дар давраи постменопауза қарор доштанд, ки давомнокии онҳо аз 20 то 21 сол буда, медиана 15 сол буд. Давомнокии ДҚ аз 5 то 24 сол ифодаи медиана 7 сол буд. Бемориҳои ҳамроҳшуда дар 80 шахси таҳқиқшуда бо фишорбаландии шарёнӣ, дар 30 нафар бемории ишемикаи дил муайян карда шуд. Ирсияти вазнини ДҚ дар 70% ва остеопароз дар 30%-и ҳолатҳо ба ҷашм расид.

Истифодаи усулҳои ташхис ба тавсияҳои экспертҳои ТҶТ мувофиқат кард. Таҳқиқоти клиникӣ – лаборатории хун ва пешоб, таҳлили биохимиявӣ бо баҳодиҳӣ ба нишондиҳандаҳои мубодилаи муҳтавои витамини D, параметрҳои метаболизми устухонҳо дақиқ карда шуд.

Таҳлили омори дар компютери инфиродӣ бо ёрии барномаи «statistica 10,0» (statsoftInc, VSA) гузаронида шуд. Фарқият дар ҳолати $P < 0,05$ будан аз ҷиҳати омори муҳим ҳисобида шуд.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Дар протсессии таҳқиқот баъзе тамоюлҳои камшудани муҳтавои калсий дар гуруҳҳои беморони дорои ДҚ типӣ 2 давраи постменопаузали муайян карда шуд. Натиҷаҳои ҳосилшуда бо маълумоти мавҷудбуда дар бораи тамоюли камшавии сатҳи калсий дар гурӯҳи шахсон аз 50-сола боло мувофиқат мекунад [5]. Камшудани ҷаббиши калсий мумкин аст, ки бо давомнокии постменопауза [7] асоснок карда шавад, ҳамин тавр дар беморони дорои остеопароз низ [8]. Мо ҳамчунин тамоюл ба

пастшавии сатҳи миёнаи фосфатази ишқ-орино ё маркери ташаккули устухониро низ муайян кардем [5] ва дар беморзанҳои гирифтори диабет қанди тип 2 дар давраи постменопаузали бо паритети баланди онҳо дар анализ дар муқоиса аз гурӯҳи таҳқиқотшудагонӣ дорои паритети мӯътадил ва гурӯҳи назоратӣ. Натиҷаҳои ба даст овардашуда аз тамоюлҳои пастшудани остеоластаҳо ҳангоми ДҚ тип 2 дар постменопауза гувоҳӣ медиҳанд, ки дар гурӯҳҳои таҳқиқшудаи дорои паритети баланд возеҳтаранд.

Саҳеҳан паст шудани сатҳи остеокалсин дар ҳарду гурӯҳи беморони таҳқиқшудаи дорои ДҚ тип 2 дар постменопауза бо мушоҳида шудани тамоюл ба пастшавии нисбатан возеҳи он дар гурӯҳҳои таҳқиқшавандаи дорои паритети баланд назар ба паритети мӯътадил. Бояд қайд кард, ки паст шудани сатҳи остеокалсин ҳамдар гурӯҳҳои беморҳо дар давраи постменопауза ва ҳам дар гурӯҳҳои мардҳои таҳқиқшудаи дорои ДҚ тип 2 ба назар расид ($P < 0,05$).

Мо паст шудани сатҳи остеокалсинро ба ҳайси нишондиҳандаи синтези нави сафеда дар гурӯҳи занҳои давраи постменопауза, махсусан ДҚ тип 2 (дар 24%) ва возеҳи камтарро дар гурӯҳи назоратӣ (дар 28%) мушоҳида кардем, ки бо маълумотҳои адабиётҳои илмӣ мувофиқат мекунад [4]. Пастшавии возеҳтарини сатҳи остеокалсин дар гурӯҳи беморони дорои ДҚ тип 2 давраи постменопауза бо паритети баланд ($P < 0,05$) дар анамнез ва остеопароз ба назар расид.

Ҳангоми баҳо додан ба иртиботи мутақобилаи гемоглабини гликозишуда HbA1c дар беморони дорои ДҚ тип 2 бо доштани остеокалсин коррелятсияи баръакс дида шуд. Вобастагии возеҳ дар натиҷаҳои таҳқиқот мӯҳтавои остеокалсин бо нишондиҳандаҳои декситометрӣ, ки хоси остеопароз ва остеопения ҳастанд, ҳамчунин хатари баланди шикастагӣ дар анамнез ба мушоҳида расид. Маълумотҳои пешниҳодшуда бо натиҷаҳои таҳқиқотҳо мувофиқат мекунад [10] ва аз коррелятсияи сатҳи пастии остеокалсин дар беморони гирифтори ДҚ тип 2 давраи постменопауза нишон-

доди миёнаи остеокалсин $15,07 \pm 1,1$ нг/мл.ро ташкил дод, ки аз ҷиҳати омӯри дар гурӯҳи назоратӣ ҳангоми ($P < 0,05$) муҳим буда, тамоюли паст шудани остеокалсин дар давраи постменопауза, бештар дар беморони дорои ДҚ тип 2 бо синдроми остеопенӣ бо паритети баланд, ки $11,5 \pm 1,5$ нг/мл.ро ташкил медиҳад, низ тамоюли баланд шудани резорбсияи устухонӣ аз рӯи натиҷаҳои муайян кардани телопептид (СТЧ) муайян карда мешавад, ки дар беморони гирифтори ДҚ тип 2 давраи постменопауза $0,76 \pm 0,04$ нг/мл бо тамоюли баланд шудан дар гурӯҳи беморони дорои паритети баланд. Маълумотҳои ба даст овардашудаи мо ба натиҷаҳои таҳқиқот [11], аз баланд будани сатҳи пиридиноменҳо (нишондиҳандаҳои резорбсия) дар беморони дорои ДҚ тип 2 дарак медиҳанд.

Маълумотҳои пешниҳодшуда аз тағйиротҳои саҳеҳи мубодилаи устухонҳо, аз ҷумла тамоюлҳои мушоҳидашаванда ба пастшавии мубодилаи устухонҳо дар беморони гирифтори ДҚ тип 2 дар давраи постменопауза гувоҳӣ медиҳанд. Муайян карда шуд, ки тағйирот дар метабализми устухон чунин омилҳо, ба монанди давомнокии ДҚ тип 2, давомнокии менопауза, синну соли беморон, хусусиятҳои этникӣ (омили зиёд таваллуд шудан) таъсир мерасонанд.

Хусусиятҳои патогенетикии муайянкардашудаи ихтилолҳои метабализми устухонҳо бо назардошти омилҳои минтақавӣ дар беморони дорои ДҚ тип 2 давраи постменопауза ворид кардани ислоҳоти муносибро дар схемаи табобати ин гурӯҳи беморон асоснок мекунад.

Хулоса, дар таҳқиқот хусусиятҳои патогенетикии бофтаҳои устухонҳо дар беморони дорои ДҚ тип 2 дар давраи постменопауза дар минтақаи таваллудшавии зиёд дақиқ карда шудааст. Тамоюли пайдо шудани тағйирот дар мубодилаи устухонҳо дар ин беморон, аз ҷумла суст шудани протсессҳои ремоделсозии устухонҳо муқаррар карда шудааст, ки зарурати ба схемаи табобати беморони зикршуда ислоҳ ворид карданро асоснок мекунад.



Адабиёт

1. Мкртумян А.М. «Остеопороз, как недооцененное осложнение сахарного диабета»././ *Сахарный диабет*. 2017/9, с51-54.
2. Нурулина Г.М. «Остеопороз: Особенности течения, факторы риска и прогноз у пациентов с сахарным диабетом 2 типа. Ижевск, 2019, Автореферат. канд.диссерт.»
3. Остеопороз. Диагностика, профилактика и лечение. Клинические рекомендации под ред. О.М. Лесняк, А.И. Боневоленской М: «ГЕОТАР- Медиа, 2010.»
4. Рюткина П.А., Ломова А.В., Рюткин Д.С. Состояние костной ткани при сахарном диабете 2 типа. // *Фарматека*. 2013;5:25-31
5. Сандерс Л.Р. Гиперпаратиреоз в кн. Мак Дермот М. «Секреты эндокринологии». 4-е изд., исправ. и дополн./Пер. с англ. И. Издательство БИНОМ. 2010-с. 175-184.
6. Brandy M.L. Bone health and diabetes-Medocografia-2010-vol.32, № 4- p. 364-367.
7. Flynn C.A. Calcium supplementation in position in postmenopausal women. *Am. Fam. Physician* 2004; 69 (12): 2822-2823.
8. Need A.G. Metz M., O'loughlin P.D. Calcium absorption in hip features subjects. *J. Bone Miner Res.* 2004.
9. Kanis J.A., Mc Clodkey E.V., Johanson H., Cooper C., Rizolli R., Reginster J./ European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women.- *Osteoporos Int.*- 2013. № 24 (1), p. 23-57.
10. Yamamoto M., Yamaguchi T., Nawata K., Yamauchi M., Sugimoto T. Decreased PTH levels accompanied by low bone formation are associated with vertebral fractures in postmenopausal women with type 2 diabetes. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 2012 Apr.; 97 (4): 1277-1284.
11. Garcia R.R., Gimeno E. J., Martin A.C. et al, Clinical practice guidelines for evolution and treatment of osteoporosis associated to endocrine and nutritional conditions *endocrinol. Nutr.*, 2012; 59 (3);174-196.

**ПОКАЗАТЕЛИ КОСТНОГО МЕТАБОЛИЗМА У ЖЕНЩИН БОЛЬНЫХ
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА В
РЕГИОНЕ ВЫСОКОЙ РОЖДАЕМОСТИ.**

Анварова Ш.С., Музафарова М.Э.

Кафедра эндокринологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино.

В работе на основании данных обследования 110 больных сахарным диабетом 2 типа постменопаузального периода в регионе высокой рождаемости с включением показателей фосфорно-кальциевого обмена, содержания витамина Д в крови, критериев маркеров костного ремоделирования (остеокальцин, С-терминальный телопептид-СТх) установлено достоверное изменение костного обмена, в частности наблюдающейся тенденции к снижению костного обмена. Выяснено, что на изменение костного метаболизма влияют такие факторы как длитель-

ность СД 2 типа, продолжительность менопаузы, возраст больных, этнические особенности (фактор многоплодности). Выявленные патогенетические особенности нарушений костного метаболизма с учетом регионарных факторов у больных СД 2 типа постменопаузального периода обосновывают введение соответствующих коррективов в схему лечения указанных больных.

Ключевые слова: сахарный диабет, постменопаузальный период, остеокальцин, этнические особенности, фактор многоплодности.

INDICATORS OF BONE METABOLISM IN POSTMENOPAUSAL WOMEN WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS IN THE REGION OF HIGH BIRTH RATE.

Anvarova Sh. S., Muzafarova M. E.

Department of Endocrinology, Abuali ibn Sino State Medical University.

Based on the data of a survey of 110 patients with type 2 diabetes mellitus postmenopausal in the region of high fertility, including indicators of phosphorus-calcium metabolism, vitamin D content in the blood, criteria for markers of bone remodeling (osteocalcin, C-terminal telopeptide-CTx), a significant change in bone exchange, in particular the observed trend towards a decrease in bone metabolism. It was found that changes in bone metabolism are influenced by such factors as the duration of type 2 diabetes, the

duration of menopause, the age of patients, ethnic characteristics (factor of multiple births). The revealed pathogenetic features of bone metabolism disorders, taking into account regional factors in patients with type 2 diabetes of the postmenopausal period, justify the introduction of appropriate adjustments in the treatment regimen of these patients.

Keywords. diabetes mellitus postmenopausal in the region, osteocalcin, ethnic characteristics, factor of multiple births.

Анварова Шакарҷон Саидоромовна, доктори илмҳои тиб, профессорс кафедраи эндокринологияи, МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино», SPINcode 3529-0234, E-mail:anvarova43@mail.ru

Музафарова Мехринигор Эмомхусайновна, докторант PhD кафедраи эндокринологияи, МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино», ORCIDID: 0000-0002-7465-5646 E-mail:mekhrinigorm@bk.ru

Анварова Шакарҷон Саидоромовна, доктор медицинских наук, профессор кафедры эндокринологии, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, SPINcode 3529-0234, E-mail:anvarova43@mail.ru

Музафарова Мехринигор Эмомхусайновна, докторант PhD кафедры эндокринологии, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино. ORCIDID: 0000-0002-7465-5646 E-mail:mekhrinigorm@bk.ru

Anvarova Shakarjon Saidoromovna, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Professor of the Department of Endocrinology, Avicenna Tajik State Medical University SPINcode 3529-0234 E-mail:anvarova43@mail.ru

Muzafarova Mekhrinigor Emomkhusainovna, Doctorant PhD of the Department of Endocrinology, Avicenna Tajik State Medical University ORCID ID: 0000-0002-7465-5646 E-mail:mekhrinigorm@bk.ru

ДАР БОРАИ ИРТИБОТИ МУТАҚОБИЛАИ ФАРБЕҲИИ ВИСТСЕРАЛӢ ВА НЕЙРОПАТИЯИ ДИАБЕТӢ ДАР ЗАНҲОИ ДОРОИ ДИАБЕТИ ПРЕГЕСТАТСИОНӢ

Анварова Ш.С., Носирова Б.С., Чаборова М.С.

Кафедраи эндокринологияи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» ш. Душанбе, Тоҷикистон

Мубрамият. Диабети қанди прегестатсионии типҳои 1 ва 2, нисбат ба дигар типҳои махсус (диабети MODY), ки дар занҳои синну соли репродуктивӣ то ҳомилагӣ дида мешаванд, камтар дида мешавад. дар дав-

раи выявляемый у женщин репродуктивного возраста до беременности. Диабети қанди прегестатсионӣ яке аз ҳолатҳои хатарноктарин мебошад, ки дар оянда на танҳо барои модар, балки барои ҷанин низ



тахдид мекунад [1,2]. Беморие, ки сари вақт таххис нашуда бошад, метавонад дар силсилаи «модар-чанин»-и тахқиқшаванда бинобар пайдо шудани оризаҳои рагии диабет, ки ба сифати ҳаёти бемор таъсири назаррас доранд, сабаби маъюбшавӣ ва оқибатҳои марговар гардад.

Нейропатияи канории диабетӣ яке аз оризаҳои микрорагии зиёд дучоршаванда ва пешравандаи диабети қанд ба ҳисоб меравад [3,4]. Мувофиқи маълумотҳои баъзе муаллифон омили хатаври нисбатан паҳншудаи нейропатияи канории диабетӣ (НКД) фаробеҳӣ ва як қатор компонентҳои дигари синдроми метаболикӣ ба ҳисоб мераванд, ҳамчунин инҳо низ нақши муҳим доранд: синну сол, давомнокии диабет, ҳолати ҷуброншавии он [2,4,5,6].

Фарбеҳии марказӣ бо инсулинрезистентнокии омили калидии патогенетикии синдроми метаболикӣ мебошад ва нақши муҳими пешгӯйикунандагии оризаҳои микро- ва макрорагӣ дорад.

Дар таҳқиқоти проспективии англо-дания-голландӣ (ADDITION ва KORA) иртиботи мутақобилаи нейропатияи диабетӣ бо дараҷаи возеҳии фарбеҳӣ дар беморони гурӯҳи синну соли калон (60-65-сола) омӯхта шудааст, ки дар ин ҷо критерияи ягона баҳодиҳии компоненти чарбӣ стандарти таърифи даври камар доништа шудааст [7]. Дар таҳқиқоти зикршуда таъсири ҳамаи қисмҳои таркибии бадан, аз ҷумла чарби зерпӯстӣ ва вистсералӣ ба пайдошавӣ ва пешравии оризаҳои дери диабети қанд арзёбӣ нашудааст.

Маълумотҳои адабиётҳои илмӣ нисбат ба омилҳои хатари пайдошавии НКД гуногунанд ва минбаъд дақиқсозии мушаххасро талаб мекунанд.

Вобаста аз ин, аниқ кардани иртиботи мутақобилаи байни фарбеҳии вистсералӣ ва нейропатияи диабетӣ диққатҷалбкунанда мебошад.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзтши иртиботи мутақобилаи патогенетикии фарбеҳии вистсералӣ бо пайдошавӣ ва пешравии нейропатияи дисталии диабетӣ дар гурӯҳи занҳои дорои диабети қанди прегестатсионӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Мо 32 занеро, ки дар онҳо бори нахуст диабети қанди прегестатсионӣ муайян карда шудааст (24 зан дорои ДҚ типии 2 ва 8 нафар дорои ДҚ типии 1) таҳқиқ намудем. Синну соли миёнаи беморон 42,3 солро ташкил дод.

Вазн, қад ва даври камари беморон чен карда шуд, андозаи камар ва андозаи ронҳо ва таносуби андозаи камар ва андозаи ронҳо ҳисоб карда шуд. Ҳама таҳқиқотҳои антропометрические исследования проводились в легкой одежде с босыми ногами. - Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывали, как массу тела (кг) / рост (m^2).

Массаи умумии бадан, массаи мушакҳо ва майдони чарби вистсералӣ бо ёрии анализатори биоимпедансии Медиана (i20 Body Composition Analyzer) муайян карда шудааст.

Дар ҳамаи занҳо таҳқиқоти сатҳи глюкоза, муҳтавои гемоглобини гликатсияшуда (HbA1c), нишондиҳандаҳои спектри липидӣ анҷом дода шуд. Сатҳи глюкоза дар хунро бо усули глюкозооксидазӣ таҳқиқ карда шуд, сатҳи гемоглобини гликатсияшуда бо ёрии хроматографияи моеи самаранокӣ оли ба даст оварданд. Барои чен кардани холестерин ва фраксияҳои липидии хунтаҳлилҳои гомогении ферментӣ ба кор бурда шуданд.

Барои тасдиқ намудани нейропатияи диабетӣ аз шкалаҳои симптомҳои субъективӣ ва объективӣ- балли умумии симптомҳо (шкалаи TSS), ҳисоби нейропатии дисфункционалӣ (шкалаи NDS), таҳқиқоти тафриқавии электронейромиография (анализатор «Синапсис» ширкати Нейротех, с.2019) истифода карда шуданд.

Меъёрҳои дохилкунӣ: занҳои синну солашон аз 18 то 49-сола бо давомнокии диабет 1-12 моҳ.

Меъёрҳои хориҷкунӣ: чинси мард, синну сол аз 50-сола боло, ҳамчунин нейропатияи гнккзаш ғайри диабетӣ.

Маълумотҳо дар шакли қимати миёна $\pm$ инхилофи стандартӣ ё миқдор бо % пешниҳод шудаанд. Муқоиса бо истифода аз U-критерияи Манн-Уитни гузаронида шуд.

Таҳлили оморӣ дар компютери инфиродӣ бо истифода аз барномаи «Statistic 6.0» иҷро карда шуд.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо.

Дар ҷараёни таҳқиқот сатҳи миёнаи гликемия дар беморон $11,0 \pm 0,6$ ммол/л. - ро ташкил дод, муҳтавои гемоглобини гликатсияшуда – $9,8 \pm 0,5\%$ буд. Давомнокии беморӣ аз 0 то 12 моҳ, ба ҳисоби миёна 5,9 моҳ буд.

Қайд кардан ба маврид мебошад, ки дар ҷараёни таҳқиқот 32 бемори гирифтори прегестатсияи диабет қанд дараҷаҳои муҳталифи компенсатсияи диабет ба мушоҳида расид. Дар марҳалаи «компенсатсия» – 18,8%-и беморон қарор доштанд, ки симптоматикаи клиникаи бемории асосӣ мавҷуд набуд ва сатҳи HbA1c то 7% мувофиқат мекард, «субкомпенсатсия» - 31,25% бо мавҷуд будани симптомҳои диабет (полиурия,

ташнагӣ ва хушкии даҳон) ва сатҳи HbA1c то 8,5%, «декомпенсатсия» - 50% бо симптомҳои возеҳи клиникаи диабет ва нейропатияи диабетӣ, ки дар шакли парестезия, сӯзиш, қарахтшавӣ ва дарди андомҳои поёни зоҳир мешавад, муҳтавои HbA1c зиёда аз 9,5% буд.

Бо мақсади баҳо додан ба возеҳии фарбеҳии виссералӣ ду гурӯҳ ташкил карда шуд. Гурӯҳи I – назоратӣ занҳоеро дар бар мегирад, ки сатҳи гликемия дар онҳо муътадил, синну солашон аз 18 то 49- сола лет (20 нафар) буд, гурӯҳи II гурӯҳи занҳои ҳамон синну сол беморони гирифтори диабет прегестатсионӣ (32 нафар) –ро дар бар гирифтанд.

Ҷадвали 1. – Баҳогузори ба муҳтавои таркиби ҷисми беморони беморони гирифтори диабет прегестатсионӣ (ДПреГС) дар гурӯҳи назоратӣ.

	Гурӯҳи назоратӣ (n=20)	ДПреГС (n=32)	p
Гликемия (ммол/л)	$4,6 \pm 0,1$	$11,0 \pm 0,6$	$=0,000000$ $Z = 6,0112$
Вазн(кг)	$58,6 \pm 4,1$	$81,6 \pm 2,6$	$=0,000000$ $Z = 4,3551$
Массаи мушакҳо (кг)	$36,4 \pm 1,6$	$42,6 \pm 1,2$	$=0,003997$ $Z = 2,8784$
Ҷарби виссералӣ (%)	$31,6 \pm 2,1$	$42,8 \pm 1,2$	$=0,000057$ $Z = 4,0257$

Эзоҳ: p – аҳамияти омори фарқиятҳои байни нишондиҳандаҳои гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ (мувофиқи U-критерияи Манн-Уитни).

Тавре ки дар ҷадвали 1 дида мешавад, сатҳи гликемия ва фарбеҳии виссералӣ дар гурӯҳи II саҳеҳан баланд буд.

Таҳқиқоти думарҳилавии нейропатия, дар марҳалаи I пурсишномаро пур кардани бемор сурат мегирад, ки чунин симптомҳои нейропатияро инъикос мекунанд: қарахтшавӣ, сӯзиш, парестезия, дард, марҳалаи 2 дар навбати худ аз таҳқиқоти симптомҳои объективӣ бо истифода аз шкалаи NDS (ихтилоли ҳассосияти дард, ҳарорат, тамосӣ ва вибраторсионӣ) муайян карда шуданд.

Гурӯҳи I беморони нефропатияи диабетии канорӣ (НДК) (-) –ро шахсоне ташкил доданд, ки дар онҳо симптомҳои нейропатия мувофиқи шкалаи TSS дида намешу два натиҷаҳо мувофиқи шкалаи NDS аз 4 балл камтар он – 16 нафар (48,3%), мувофиқи на-

тиҷаҳои ЭНМГ: суръати газаронидани импульс зиёда аз 35 м/с, амплитуда М-ҷавоб зиёда аз 3,5 мВ; гурӯҳи II нефропатияи диабетии канорӣ (НДК) (+) аз бемороне иборат мебошад, ки дар онҳо мувофиқи шкалаи TSS симптомҳои возеҳ доштанд ва мувофиқи шкалаи NDS а5 ва зиёда балл – 16 нафар (51,6%), мувофиқи натиҷаҳои ЭНМГ: суръати газаронидани импульс камтар аз 35 м/с, амплитуда М-ҷавоб паст (камтар аз 3,5 мВ).

Ҷамаи беморон аз рӯи ШМБ (шоҳиси массаи бадан) фарқ мекарданд. Вазни муътадил дар 6 нафар дида шуд, массаи барзиёди бадан дар 8 нафар фарбеҳӣ дар 18 зан ба қайд гирифта шуд. Тавре ки аз ҷадвали 2 бармеояд, байни синну сол, ШМБ, стаҳи гликемия ва муҳтавои гемоглобини гликат-



сияшуда дар гурӯҳҳои таҳқиқшуда назаррас набуд. Фарқиятҳои аз ҷиҳати оморӣ муҳим дар сатҳи ҷарби виссералӣ ва маълумотҳои шкалаи NDS ба назар расид.

Ҷадвали 2. Хусусиятҳои беморони дорони диабетии периферии канорӣ (ДПК) ва бидуни ДПК.

	Гур. I бо ДПК+	Гур. II бо ДПК -	p
Синну сол	45,9±1,9	38,7±3,0	=0,085740 Z =1,7183
ШМБ	31,7±1,1	29,3±1,2	=0,174806 Z =1,3569
Гликемия	11,1±0,9	10,9±0,9	=1,000000 Z =0,0000
HbA1c	10,5±0,7	9,1±0,7	=0,100679 Z =1,6416
Холестерин	5,4±0,3	4,6±0,1	=0,052111 Z =1,9422
NDS	7,3±0,6	1,3±0,4	=0,000001 Z =4,8774
Массаи мушакҳо (кг)	43,9±1,6	41,7±1,8	=0,417334 Z =0,8111
Ҷарби виссералӣ (%)	48,4±2,6	39,9 ±2,1	

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқиятҳои байни нишондиҳандаҳои гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ (мувофиқи U-критерияи Манн-Уитни).

Мо иртиботи мутақобилаи пешравии ДПК ва фарбеҳии виссералиро дар занҳои дорони ДПреГС муқаррар намудем. Ба андешаи баъзе муҳаққиқон инсулинорезистентнокии илтиҳоби сусте мебошад, ки ба дисфунксияи эндотелиалӣ ва пайдо шудани оризаҳои микрорагҳои ДҚ таъсир мерасонад [6,8]. Таҳқиқоти мо аз нақши патофизиологии фарбеҳии виссералӣ дар ДПК гувоҳӣ медиҳад.

Хулоса, маълумотҳои ба даст овардашудаи мо аз нақши муҳимми пешгӯйикунандагии фарбеҳии виссералӣ дар пешравии нейропатияи диабетӣ дар занҳои дорони

ДПреГС гувоҳӣ медиҳанд. Бо мақсади ипешгирӣ намудани пешгӯйии нохуб назорати ҷиддии гликемия ва ба даст овардани компенсатсияи бемории асосӣ хеле зарур аст. Ба мавҷудияти фарбеҳии виссералӣ, ба ҳайси омилҳои муҳимми пайдошавии диабетии прегестатсионӣ, махсусан диабетии типии 2 ва ДПК диққати махсус додан лозим аст. Таҳқиқоти гузаронидашудаи мо нақши муҳимми фарбеҳии виссералиро ҳамчун параметри клиникӣ ДПК ва коркарди ҷорабиниҳои иловагӣ таъсиррасон дар мубориза бо фарбеҳии виссералӣ нишон дод.

Адабиёт

1. Miller E, Hare J.W., Cloherty JP, et al: Elevated maternal hemoglobinA1c in early pregnancy and major congenital anomalies in infants of diabetic mothers. N Engl J Med 304 (22):1331–1334, 1981. doi: 10.1056/NEJM198105283042204.
2. Pop-Busui R, Boulton AJ, Feldman EL, Bril V, Freeman R, Malik RA, et al. Диабетическая невропатия: заявление Американской диабетической ассоциации. Уход за диабетом. 2017; 40 : 136–54. doi: 10.2337 / dc16-2042.
3. Tae Jung Oh, Jie-Eun Lee, Sung Hee Choi, HakChul Jang. Association between Body Fat and Diabetic Peripheral Neuropathy in Middle-Aged Adults with Type 2 Diabetes Mellitus, 2019 y <https://orcid.org/0000-0002-5078-6123>
4. Альберти К.Г., Зиммет П., Шоу Дж. Метаболический синдром: новое всемирное определение. Консенсусное заявление Международной федерации диабета. Диабет Мед. 2006; 23 : 469–80. doi: 10.1111 / j.1464-5491.2006.01858.

5. Дандона П., Альджада А., Бандйопадхьяй А. Воспаление: связь между инсулинорезистентностью, ожирением и диабетом. Тенденции Иммунол. 2004; 25 : 4–7. doi: 10.1016 / j.it.2003.10.013
6. Шлезингер С., Гердер С., Канненберг Дж. М., Хут С., Карстенсен-Кирберг М., Ратманн В. и др. Общее и абдоминальное ожирение и инцидентальная дистальная сенсомоторная полиневропатия: понимание воспалительных биомаркеров как потенциальных медиаторов в когорте KORA F4 / FF4. Уход за диабетом. 2019; 42 : 240–7. doi: 10.2337 / dc18-1842
7. Нгуен Д.В., Шоу Л.К., Грант М.Б. Воспаление в патогенезе микрососудистых осложнений при диабете. Фронт Эндокринолог (Лозанна) 2012; 3 : 170 doi: 10.3389 / fendo.2012.00170
8. Кособян Е.П. и др. Роль эндотелиальной дисфункции в развитии цереброваскулярного поражения у пациентов с сахарным диабетом, 2012 г. <https://doi.org/10.14341/2072-0351-5978>

О ВЗАИМОСВЯЗИ ВИСЦЕРАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ И ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ У ЖЕНЩИН С ПРЕГЕСТАЦИОННЫМ ДИАБЕТОМ

Анварова Ш.С., Насырова Б.С., Джаборова М.С.

Кафедра эндокринологии ГОУ «ТГМУ им. АбуалиибниСино». Таджикистан

Резюме. В представленной работе на примере комплексного обследования 32 пациентов с прегестационным диабетом установлена патогенетическая взаимосвязь висцерального ожирения с развитием прегестационного диабета и проявлениями диабетической нейропатии.

Обоснованы меры борьбы с прегестационным диабетом проявлениями диабетической нейропатии, направление на профилактику висцерального ожирения.

Ключевые слова. комплексное обследование, пациент, прегестационный диабет, висцеральное ожирение.

ON THE RELATIONSHIP BETWEEN VISCERAL OBESITY AND DIABETIC NEUROPATHY IN WOMEN WITH PREGESTATIONAL DIABETES

Anvarova Sh. S., Nasyrova B. S., Dzhaborova M. S.

Department of Endocrinology, State Medical University named after AbualibniSino. Tadjikistan

Resume. In the presented work, on the example of a comprehensive examination of 32 patients with pregestational diabetes, a pathogenetic relationship of visceral obesity with the development of pregestational diabetes and manifestations of diabetic neuropathy was established.

Justification of the fight against pregestational diabetes by manifestations of diabetic neuropathy, aimed at the prevention of visceral obesity.

Keywords. comprehensive examination, patient, pregestational diabetes, visceral obesity.

Анварова Шакарчон Саидоромовна, доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи эндокринологии, МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино», SPINcode 3529-0234, E-mail: anvarova43@mail.ru

Насинова Беназирбону Саидравшановна, ассистент-коромӯзи кафедраи эндокринологии, МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино», ORCID:0000-0002-3168-894X, E-mail: Benazir-tndo@mail.ru

Джаборова Меҳроба Саломудинова, аспиранти рӯзонаи кафедраи эндокринологии, МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино», ORCID:0000-0001-6543-9362, E-mail: jaborovamehroba1994@mail.com



Анварова Шакарчон Саидоромовна, доктор медицинских наук, профессор кафедры эндокринологии, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино. SPINcode 3529-0234, E-mail: anvarova43@mail.ru

Насырова Беназирбону Саидравшановна, ассистент-стажер кафедры эндокринологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», ORCID:0000-0002-3168-894X, E-mail: Benazir-endo@mail.ru

Джаборова Мехроба Саломудинова, очный аспирант кафедры эндокринологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», ORCID:0000-0001-6543-9362, E-mail: jaborovamehroba1994@mail.com

Anvarova Shakarjon Saidoromovna, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Professor of the Department of Endocrinology, Avicenna Tajik State Medical University SPIN code 3529-0234, E-mail: anvarova43@mail.ru

Nosirova Benazirbonu Saidravshanova, assistant-trainee of the Department of Endocrinology, State Educational Institution “TSMU named after Abuali ibni Sino” ORCID ID:0000-0002-3168-894X, E-mail: Benazir-endo@mail.ru

Jaborova Mehroba Salomudinovna, full- time postgraduate student of the Department of Endocrinology, State Educational Institution “TSMU named after Abuali ibni Sino”, ORCID ID:0000-0001-6543-9362, E-mail: jaborovamehroba1994@mail.com

ҒАРИТИБӢ

ОИД БА ДАВРАИ САБЗИШ ВА МАҲСУЛНОКИИ НАВӢҲОИ КАРТОШКА ДАР ШАРОИТИ НОҲИЯИ ДЕВАШТИЧ

Гулов М.Қ., Маҳкамбойзода Ф.

Кафедраи биохимияи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»,

Муҳиммият. Соҳаи картошкапарварӣ дар таъмини амнияти бехатарии озӯқавории мамлакат сахми арзандаро ишғол менамояд. Картошка ба чинси *Solanum L.*, оилаи авранчгулон, сексияи *Tuberaium*, яъне зироати лӯндаовар таалуқ дорад. Дар айни замон оилаи *Solanum tuberosum* ҳазорҳо навъҳои мухталифро дар бар мегирад, ки онҳо аз ҳамдигар на танҳо аз ҷиҳати таснифотӣ (систематикӣ) ва морфологӣ, инчунин бо хусусиятҳои табиотиашон низ фарқ мекунанд. Мувофиқи маълумотҳои илмӣ баъзе аз олимони навъҳои ояндадори картошка бояд бештар аз 20 нишонаи заруриро дар ҳудуд дошта бошанд (Носыров, 1986; Муминджанов, 2003; Алиев, 2012; Партоев, 2013; 2014; Гулов 2017). Ба ин нишонаҳо пеш аз ҳама серҳосилӣ, тезпазӣ, тобоварӣ ба касалиҳо, сифати молӣватаркиби биохимиявии лӯндаҳо, қобилияти хуби нигоҳдорӣ дар анборхонаҳо ва ғайраҳо мансубанд. Дар солҳои наздик майдони кишти картошка дар вилояти Суғд, ноҳияҳои тобеъи ҷумҳур ва вилояти Хатлон бояд васеъ карда шавад. Пешрафти ояндаи соҳаи картошкапарварӣ дар ҷумҳурӣ ба ташкил намудани системаи илман асосноки тухмипарварии маҳалӣ дар минтақаҳои кӯҳсор вобастагии зиҷ дорад. Дар минтақаҳои кӯҳсор ба роҳ мондани системаи тухмипарварии бевирусии картошка яке аз омилҳои асосии ба даст овардани ҳосили баланди ин зироат ба шумор меравад. Бинобар ин омӯзиши мутобиқати навъҳои гуногуни картошка дар шароити ноҳияи Деваштичи вилояти Суғд саривақтӣ мебошад.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши давомнокии давраи сабзиши лӯндаҳои тухмии навъҳои гуногуни картошка ва маҳсулнокии онҳо дар шароити ноҳияи баландкӯҳи Деваштич.

Маводҳо ва усулҳои таҳқиқот. Мо дар таҷрибаҳоямон аз чунин намунаҳои кар-

тошка, аз қабилӣ Алладин, Пикассо, Нурӣ, Моно-Лиза, Биг-Роза, Курота, Азизӣва Красная Фантазия истифода намудем, ки тухмиҳои соли пешин дар ноҳияи Деваштич парвариш карда шуда буданд. Тухмиҳои навъҳои омӯхташуда дар моҳи апрел дар қитъаи таҷрибавӣ аз рӯи нақшаи 70 x 20 см кишт гаштаанд. Дар вақти кишт ба микдори 70 кг/га нуриҳои нитрогендор, 90 кг/га нуриҳои фосфордор ва 50 кг/га нуриҳои калийдор ба замин андохта шудаанд. Баъди гузаронидани кишт мо давомнокии сабзиши растаниҳоро муайян намудем.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо. Мушоҳидаҳои гузаронида шуда нишон доданд, ки омилҳои агроэкологии шимолии Тоҷикистон ба нашъу намои навъҳои картошка таъсири гуногун мерасонанд (ҷадв. 1).

Чи тавре, ки аз ҷадвали 1 дида мешавад дар шароити ноҳияи Деваштич давраи нешзании лӯндаҳои навъҳои картошка 27 - 37 рӯзро дар бар мегирад. Лӯндаҳои навъи Курота дар муддати 27 рӯз сабзидаанд, ки ин аз дигар навъҳои картошка аз 3 то 6 рӯз тезтар мебошад. Лӯндаҳои навъҳои Красный фантазия, Нурӣва Алладин бошанд дар муддати 30-32 рӯз сабзид. Ҳамин тавр лӯндаҳои навъҳои картошка аз рӯи давомнокии сабзишашон аз ҳамдигар фарқ мекунанд.

Бояд қайд намуд, ки натиҷаҳои ба даст омада собит месозанд, ки давомнокии давраи сабзиши лӯндаҳои шинонидашуда аз хусусиятҳои генотипии навъҳо ва омилҳои агроэкологии ноҳияи кӯҳистони Деваштич вобастагӣ дорад.

Таҷриба нишон дод, ки шароити иқлим ва муддати об мондан дар майдони кишт дар шароити н. Деваштич ба ғайр аз давомнокии нашъу намои лӯндаҳои картошка инчунин ба пӯхта расидани ҳосили он таъсир мерасонад (ҷадвали 2).



Чадвали 1.-Давомнокии нешзании навъҳои картошка дар шароити ноҳияи Деваштичи вилояти Суғд

Навъҳои картошка	Микдори лӯндаҳои шинонидашуда, дона	Микдори лӯндаҳои баромада, дона	Давомнокии давраи нешзании лӯндаҳо, рӯз
Азизӣ	20	20	33
Аладин	20	20	32
Биг-Роза	20	20	34
Красная фантазия	20	20	30
Курота	20	20	27
Моно -Лиза	20	20	34
Нурӣ	20	20	31
Пикассо	20	20	34
НСР₀₅	-	-	1,25

Чадвали 2. Давомнокии давараи нашъу намо ва маҳсулнокии навъҳои картошка дар шароити ноҳияи Деваштичи вилояти Суғд

№	Номи навъ	Давомнокии давари нашъу намо, рӯз	Микдори лӯндаҳо, д./раст.	Вазни як лӯнда, г	Маҳсулнокӣ, г/раст.
1	Курота	116	16	32	512
2.	Биг-Роза	144	12	28	336
3.	Азизӣ	134	7	16	112
4.	Нуринисо	127	8	21	168
	Миёна	130,3	10,8	24,3	282,0
	КФМ₀₅	7,0	2,25	4,0	25,0

Чӣ тавре ки дар чадвал нишон дода шудааст, мӯҳлати пухтарасии ҳосили навъҳои картошкаи Крота, Нуринисо, Азизӣ ва Биг-роза гуногун мебошад. Шумораи рӯзҳои пухтарасии навъҳои номбурдашуда аз 116-144 рӯзро дар бар гирифт. Давомнокии пухтарасии картошкаи навъи Крота бошад 116 рӯзро дар бар гирифта, нисбат ба дигар навъҳо хеле тезтар пухта расид. Ин нишондод дар навъҳои Нуринисо ва Азизӣ 127 ва 134 рӯзро дар бар гирифт. Дар байни навъҳо навъи Биг-роза нисбатан дерпаз буда, давраи нашъу намоаш 144 рӯзро дар бар гирифт. Ҳамин тавр давраи пухтарасидани ҳосили лӯндаҳои картошка вобаста аз шароити иқлими ноҳияи Деваштич аз ҳамдигар фарқ мекунад. Навъҳои картошка инчунин бо маҳсулнокиашон аз ҳамдигар фарқ амекунанд. Чи тавре ки дар чадвали 2 нишон дода шудааст ҳосилнокии навъи Биг-роза нисбат ба дигар навъҳо хело зиёд мебошад. Инчунин шумораи микдори лӯндаҳо бошад низ дар навъи Крота нисбати дигар навъҳои омӯхташуда зиёд аст. Ҳамин тавр шумораи лӯндаҳо, вазни онҳо ва ҳосилнокии

навъҳои картошка вобаста аз шароити иқлими ноҳияи Деваштич аз ҳамдигар фарқ мекунад.

Хулоса. Зиёд кардани майдони кишти зироатҳои кишоварзӣ аз ҳисоби обёрӣ кардани заминҳои лалмии бекорхобида ин яке аз усулҳои самаранок истифода намудани замин мебошад. Таҷрибаҳои гузаронидашуда собит сохтанд, ки дар шароити деҳаи Қалъачаи Арбоби ноҳияи баландкӯҳи Деваштич (дар баландии 2000 м аз сатҳи баҳр) давраи нешзании лӯндаҳои тухмии навъҳои гуногуни картошка аз 27 то 34 рӯзро дар бар мегирад. Лӯндаҳои навъи Курота дар муддати 27 рӯз, вале лӯндаҳои навъи картошкаи Биг-роза 34 рӯзро ташкил медиҳад.

Ҳосилнокӣ ва давраи пухтарасии ҳосили навъҳои картошка дар шароити иқлими ноҳияи Деваштич гуногун мебошад. Давраи пухта расидани ҳосили навъи картошкаи Крота 116 рӯзро ташкил медиҳад, ки ин нисбат ба ҳисоби миёнаи навъҳо 14 рӯз барвақтар аст. Маҳсулнокии ин навъ низ нисбат ба нишондоди миёнаи ҳамаи навъҳо ба микдори 282 г/растанӣ (ё ин ки 55,1%) зиёд мебошад.

Адабиёт

1. Алиев К.А., Биотехнология растений: клеточно-молекулярные основы Душанбе 2012, 173с.
2. Гулов М.К.,Партоев К., Рост и развитие коллекционных сортообразцов картофеля в условиях Хуросонского района Хатлонской области Таджикистана,Вестник Таджикского Национального Университета научный журнал Серия естественных наук Душанбе - 2017, №1/3 – с. 291-294.
3. Муминджанов Х,А., Физиолого–биотехнологический подход к селекции и семеноводству картофеля, Душанбе 2003 126 с.
4. Носыров Ю.С., Физиологическая стратегия селекции растений. Селекция продуктивных сортов. М.: 1986, №12,с.31-43
5. Партоев К, Селекция и семеноводство картофеля в условиях Таджикистана, Душанбе, 2013, 190 с.
6. Партоев К, Салимов А.Ф., Каримов Б. Картошка вапарвариши он дар Тоҷикистон, Душанбе, 2014, 180 с.

О ПЕРИОДЕ ПРОРАСТАНИЯ И ПРОДУКТИВНОСТИ СОРТОВ КАРТОФЕЛЯ В УСЛОВИЯХ ДЕВАШТИЧЕСКОГО РАЙОНА**Гулов Махмали Кодирович, Махкамбойзода Фарход**

В статье приводится научная информация о продолжительности прорастания семенных клубней разных сортов картофеля в условиях высокогорья района Деваштич (на высоте 2000 м над уровнем моря). Исследования показали, что период прорастания клубней разных сортов картофеля в этой зоне составляет с 27 до 37 дней. По этому признаку особенно отличаются клубни сорта картофеля Курота, клубни которого составляет 27, разность по данному признаку составляет до 10 дней, по сравнению с другими сортами картофеля. Установлено, что период прорастания и продуктивность клубней сортов картофеля в агроэкологических условиях Деваштичского района связано с генети-

ческой особенности сортов картофеля.

Продуктивность и период созревания урожая сортов картофеля в условиях Деваштичского района имеют разные показатели. Период созревания урожая сорта Курота составляет 116 дней, что это по сравнению среднего показателя всех сортов на 14 дней меньше. Продуктивность данного сорта по сравнению среднего показателя у всех сортов больше на 282 г/растение (или на 55,1%). Продуктивность сортов картофеля в условиях Деваштичского района зависит от генетических особенностей сортов картофеля.

Ключевые слова: картофель, сорта, клубни, период прорастания, прорастания клубней, продуктивность, Деваштич.

ON THE PERIOD OF GERMINATION AND PRODUCTIVITY OF POTATO VARIETIES UNDER THE CONDITIONS OF THE DEVASHTICH DISTRICT**Gulov Makhmali Kodirovich, ¹Mahkamboyzoda Farhod**

The article provides scientific information on the duration of germination of seed tubers of different varieties of potatoes in the highlands of the Devashtich region (at an altitude of 2000 m above sea level). Studies have shown that the period of germination of tubers of different varieties of potatoes in this zone is from 27 to 37 days. According to this trait, the tubers of the

potato variety Kurota are especially distinguished, the tubers of which are 27, the difference on this trait is up to 10 days, compared with other potato varieties. It has been established that the period of germination and productivity of tubers of potato varieties in the agro-ecological conditions of the Devashtich region is associated with the genetic characteristics of potato varieties.



The productivity and ripening period of the crop of potato varieties in the conditions of the Devasht region have different indicators. The ripening period of the Krota variety is 116 days, which is 14 days less than the average of all varieties. The productivity of this cultivar compared to the average for all varieties is

higher by 282 g/plant (or by 55.1%). The productivity of potato varieties in the conditions of the Devasht region depends on the genetic characteristics of potato varieties.

Key words: potatoes, varieties, tubers, germination period, tubers germination, productivity, Devashtich

Гулов Махмалӣ Қодирович - н.и.б. дотсенти кафедраи биохимия Муассисаи давлатии таълими Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуали ибни Сино, ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ, 135, тел.: (992) 919-63-22-85; E-mail: Gulov60@inbox.ru

Маҳкамбойзода Фарҳод магистри соли 2-юми кафедраи ботаника Донишгоҳи давлатии Хуҷанд ба номи академик Бобоҷон Ғафуров, 735700 ш. Хуҷанд проезд Мавлонбек I тел.: (992) 888-66-03-95; E-mail: Farhoddid@mail.ru

Гулов Махмали Кодирович, к.б.н., доцент кафедры биохимии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибн Сино.г. Душанбе проспект Рудаки, 135 Тел.: (992) 919-63-22-85; E-mail: Gulov60@inbox.ru

Маҳкамбойзода Фарҳод, магистр 2-го курса кафедры ботаники Государственного Ходжентского университета им. академика Ғафурова, 735700г. Ходжент проезд Мавлонбек I тел.: (992) 888-66-03-95; E-mail: Farhoddid@mail.ru

Gulov Makhmali Kodirovich, PhD., Associate Professor of the department of biochemistry of Avicenna TSMU. Dushanbe, Rudaki Avenue, 135. Tel.: (992)919-63-22-85; E-mail: Gulov60@inbox.ru

Mahkamboyzoda Farhod, Master of the 2nd course of the Department of Botany State Khujand University named after. Academician Babadjan Gafurov, 735700; Khujand. Tel.: (992) 888-66-03-95; E-mail: Farhoddid@mail.ru

АНАТОМИЯИ МОРФОФУНКЦИОНАЛИИ ТАЛҲАДОН ҲАНГОМИ БЕМОРИҲОИ САНГИ ТАЛҲА

(Шарҳи адабиёт)

Ишмирзоев Р.Э.

Кафедраи анатомияи одам ва истилоҳоти тиббии лотинӣ ба номи Я.А. Раҳимови
МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Бемории санги талха (БСТ) (муродиф холелитиаз, холетсистити музмини калкулёзӣ (ХМК)) – бемории музмини талхадон буда, ҳосилшавии санг (конкрементҳо)-ро дар талхадон (холесистолитиаз) ва маҷрои талха (холедохолитиаз) ҳамроҳӣ менамояд ва дар байни бемориҳои узвҳои ҳозима мақоми асосӣ [30,42,57,59] ва дар миёни бемориҳои соҳаи чарроҳӣ яке ҷойҳои аввалинро дорад [19,9,27,4,60,57].

Аз миёнаҳои қарни XX сар карда, шумори бемороне, ки аз БСТ ранҷ мебарданд, дар ҳар даҳсола ду баробар афзуда, теъодӣ тақрибан 10% аҳолии ҳар кишвари муқаррақиро ташкил медиҳад: дар Россия аз

БСТ тақрибан 15 млн. одам ранҷ мекашад ва басомади гирифтورشавӣ дар ҳудуди аз 10 то 20% тағйир меёбад [45,46,35]. Гирифтورشавӣ ба БСТ дар синни аз 21 до 30-сола ба 3-4%-и аҳоли, аз 41 то 50-сола 5%, аз 60-сола боло то 20% ва аз 70 сола боло бошад, то ба 30% рост меояд [24,71], нишондиҳандаи мазкур дар ИМА зиёда 30 млн. одамро ташвиш медиҳад [46].

Тибқи маълумоти муаллифони мухталиф дар даҳсолаи охир басомади ин беморӣ яқболо боло рафта, дар 10-20% аҳолии мамлаки Аврупо тағйироти илтиҳобӣ ва сангҳои талхадон [39,75] ба мушоҳида мерасад. БСТ дар байни беморони аз 45 сола

боло дар мавриди ҳар сеюм ба қайд гирифта шудааст. Суръати болоравӣ то сатҳи аз ҷиҳати иҷтимоӣ муҳимият пайдо кардан меафзояд, зеро дар миёни сохтори беморшавии умумӣ аз рӯи басомади паҳншавӣ ва зараррасонии иқтисодӣ баъди амрози дилу рағҳо ва диабети қанд мақоми асосиро ихтиёр кардааст [19,35,74]. Беморӣ дар миёни занҳо қиёсан ба мардҳо панҷ маротиба бештар ба назар мерасад [7,45]. Ин беморӣ дар синни аз 35 то 60-сола нисбатан бештар дар таносуби 6:1 пайдо мешавад [13,45,14].

Бар пояи маълумотҳои морфологҳои Ҷумҳурии Ўзбекистон [23] санги талхадонро дар 10-20%-и калонсолон ва дар синни аз 70 сола боло бошад, дар мавриди 50% пайдо кардан мумкин аст. Холелитиазро дар кӯдакон ҳамчун беморие баррасӣ кардан мумкин аст, ки босабаби ихтилолотӣ модарзодии равандҳои талхahосилшавӣ ба амал омадаасту оқибаташ саҳтшавӣ ва дистрофияи талхадон буда, узвҳои дахлдор ба раванди патологӣ ҷалб мешаванд.

Покровский Е.Ж. ва диг. (2015) 6000 патсиентеро таҳқиқ намуданд, ки тӯли 10 сол (аз солҳои 2005 то 2015) дар шуъбаҳои ОБУЗ БШД-и 7 ва ОБУЗ БШД- шаҳри Иваново 4 аз бобати БСТ ҷарроҳӣ дар мавриди онҳо татбиқ шудааст. Таносуб миёни марду зан 1:3-ро ташкил менамуд ва сини миёна 63 ± 7 буд.

Аксаран бемории талхароҳа аввалан дар занҳо ҳангоми ҳомиладорӣ дар натиҷаи холестазиасосаш гормонӣ ва механикӣ, таъхир афтодан дар моторикаи талхадон ва талхароҳа зимни нимаи дуҷуми ҳомиладорӣ, боло рафтани ҳосияти сангҳосилкунии талха ва қабзияти ҳомиладорон пайдо мешавад. Ба шумори далелҳои мувофиқаткунанда, ки сабаби басомади пайдоиши аввалин бемории санги талха дар занҳо мегардад, инҳоро шомил кардан мумкин аст: 1) таъсири гормонҳои ҷинсии зан ва дигар маҷроҳои талхароҳа (мустақиман пеш аз даври ҳайз ва ҳангоми он пайдо шудани симптомҳои клиникаи ҳалалёбии функсияи билиарӣ тасдиқи ин алоқамандӣ ба шумор меравад); 2) қабул кардани муолиҷаи экстро-

генивазкунанда ва маводи пешгирии ҳамл аз тариқи пероралӣ; 3) барои занҳое, ки нафаскашии навъи «синагӣ»-доранду хангоми он ҳаракати диафрагма маҳдуд мешавад ва ин низ метавонад дар муқоиса ба навъи нафаскашии «шикамӣ»-и мардҳо ба рукуди талха мусоидат намояд; 4) истифодаи нисбатан бештари парҳези ғизонокиаш паст ва гуруснагӣ ба мақсади лоғаршавӣ, ки он ҳосияти сангҳосилшавии талхаро зиёд мекунад; 5) дар муқоиса ба мардҳо моеъро камтар истеъмол мекунад; 6) паҳншавии зиёди реаксияи психосоматикӣ дар ҷавоб ба стресс ва омилҳои эмотсионалӣ дар байни ҷинси латиф [45].

Зимнан дар байни беморони аз шастсола боло ғавтноқӣ қиёсан ба беморони синнашон ҷавон 11 маротиба бештар буда, нишондиҳандаи он ба 15-20% мерасад [20,22,21,29].

Илова бар ин ҳиссаи калон (30-50%)-и беморони гирифтӣ ба БСТ-ро онҳое ташкил медиҳанд, ки аз амрози диабети қанд ранҷ мебаранд [16]. Теъдоди бештари беморонро бемориҳои ҷиддӣ дилу ранҷҳо – фишорбаландӣ, атеросклероз, бемории ишемии дил вазнинтар мегардонанд. [72,55,66].

Тамоюли ирсӣ, ихтилолотӣ асабу рефлектӣ, сироятҳо дар инкишофи шаклҳои гуногуни БСТ нақши муҳим доранд [34,38,42,70], ки одатан тамоюл аз тарафи модарӣ интиқол меёбад.

Аксаран тамоюли устувори афзоиши беморӣ ба хусусиятҳои ғизо ва муносибат ба хӯрок алоқамандӣ дорад [2,3]. Ғизо на танҳо дар нигоҳ доштани ғавҷияти ҳаётии организм муҳим аст, балки метавонад омили бакорандозии ташаккулёбии навъҳои патологӣ муносибати хӯрок бошад, ки сабаби фарбеҳӣ гардад. Фарбеҳӣ омили асосии ҳатари пайдоиши бемориҳои талхадон, дар навбати аввал БСТ, ХМК ба ҳисоб меравад [3]. Ихтилолотӣ функционалӣ ва сохтори талхадон дар натиҷаи ҳалалёбии ҳамоҳангии механизмҳои танзимкунанда ба амал меояд [17]. Бофтаи ҷарбӣ дорои функсияҳои эндокринӣ ва паракринӣ буда, моддаҳоро тарашшӯх менамояд, ки ба адипозогенез, ҳассосияти бофтаҳо ба инсулин таъсир ме-



расонад. Тавре [3] мефармояд, мақоми ғизо ва механизми танзими он бештар хусусиятҳои ҷараёни вариантҳои гуногуни ҳолатҳои музмин, аз ҷумла БСТ-ро муайян мекунад.

Ба андешаи [35] омилҳои идорашаванда – ҷарббандӣ, вазни зиёди бадан, инчунин парҳези ғизонокиаш паст ё гуруснагӣ барои коҳиш додани вазни бадан омили муҳимтари хатар махсуб меёбанд. Муқаррар шудааст, ки ХМК-ро дар мавриди 33% ашхосе дучор омадан мумкин аст, ки аз фарбеҳӣ ранҷ мекашанд. Тӯли 10 сол дар ИМА таҳқиқе гузаронида шуд ва дар он муайян гардид, ки занҳои фарбеҳ (шохиси вазни бадан (ШВБ) дар ҳудуди 25-29,9) бештар ба хатари инкишофи ХМК дучоранд. Дар баробари боло рафтани фишорбаландӣ, диабет қанд ва бемории ишемии дил дараҷаи фарбеҳӣ низ меафзояд ва зимнан ШВБ зиёда аз 35 маротиба эҳтимоли пайдо шудани хавфи беморию ҳам дар мавриди занҳо (хатари таносуби 17,0) ва ба 20 маротиба ҳангоми мардҳо (хатари таносуби 23,4) дар пай дорад. Парҳези ғизонокиаш хеле паст, инчунин лоғаршавӣ ба 24% аз вазни ибтидоӣ бо суръати 1,5кг ва зиёд аз он дар ҳафта ҳолатро вазнин гардонида, сабаби омилҳои иловагии хатари пайдоиши ҳолелити аз мегарданд.

Син, чинсият (зан), ҳомиладориву зоимонӣ, фарбеҳӣ ва ҷарббандӣ, зуд лоғар шудан, ғизои пурраи парентералӣ, гуруснагӣ, анамнези оилавӣ (афзалияти содаи генҳо сангофар, нуқсонҳои ферментативии синтези солюбилизаторҳо ва экскретсияи холестерин), аз ҷумлаи омилҳои хатари пайдоиши ХМК ба шумор мераванд [27,35].

Солҳои охир алоқамандии имконпазири чинси бактерияи *Helicobacter* бо инкишофи иллатноккунии ҷигар ва талхароҳа дар одам таваҷҷуҳи бештареро соҳиб мешавад [42,56,62].

Аксари муаллифон майл ба он андеша доранд, ки бемории музмини талхадон табиати полиэтиологӣ дорад. Зимнан энтерогеннокии болораванда, гоҳо колонизатсияи поёнравандаи гемато - ва лимфогении талхароҳа аз ҷониби микроорганизмҳо яке аз далоили муҳим ба ҳисоб меравад [37,15].

Имрӯзҳо якҷанд таснифоти БСТ пешниҳод гардидааст, яке аз таснифоти охири БСТ дар Пажӯҳишгоҳи марказии илмӣ-таҳқиқотии гастроэнтерологӣ (ш. Москва) таҳия гардида, барои истифода дар амалияи клиникӣ ба Съезди III Ҷамъияти илмии гастроэнтерологҳои Россия (2003) тавсия шудааст [52,45,4].

Марҳалаи I – ибтидоӣ ё пеш аз сангӣ:

А. Талхаи ғализи гуногун таркиб.

Б. Ташаккулёбии сладжаи билиарӣ.

Марҳалаи II – пайдо шудани сангӣ талха:

А. Аз рӯйи мавзъегирӣ.

Б. Мувофиқи теъдоди санг.

В. Аз рӯйи таркиб.

Г. Мувофиқи ҷараёни клиникӣ.

Марҳалаи III – ҳолатҳои музмини тақрорёбандаи калкулезӣ.

Марҳалаи IV – оризаҳо.

Ҳангоми ХМК дар талхадон ва талхароҳа тағйиротҳои патологӣ хусусияташон гуногун пайдо мешавад, ки он метавонад гоҳо хеле ночиз бошад. Дар ҳолатҳои алоҳида ин тағйирот бо зухуроти ниҳоят вазнини патоморфологӣ ва ҷараёни дуру дарози БСТ инкишоф ёбад, ки оризаш мумкин аст ҳоледохолити аз, ҳолатҳои инсидодӣ ва саратони талхадон гардад [26,29,1,6,62, 60].

Тавре як зумра муаллифон, аз ҷумла [49,11,36,43,32] қайд мекунанд, дар заминаи ҷараёни дуру дарози моқаблии БСТ ё ҳолатҳои музмин мумкин аст саратони талхадон дар мавриди 70-95% гирифтронии БСТ пайдо шавад. Синдроми Мириззи яке аз оризаҳои БСТ буда, дар натиҷаи фишор хӯрдан аз сангӣ хориҷи талхагӣ бо қисман танг шудани маҷрои умумии ҷигар ё талхадон тавсиф меёбад [33]; ва баъдан байни талхадон ва гепатихоледохом фистула ҳосил мешавад [В.Ф. Схай ва диг., 2012].

Мувофиқи маълумоти як зумра муаллифон [64,69,57,65,67,68,73] сӯрохшавии узв ва перитонити талха оризаи пурбасомад ва ҷиддии ХМК ба ҳисоб мераванд. Дар натиҷаи ба воситаи луобпарда ҷаббидани пигментҳои талха, ҳангоми банд шудани маҷрои талхадон, дар он моеи зиёди шаффоф ҷамъ мешавад ва истисқо (гидропос)-и талхадон инкишоф меёбад [44].

Тавре [27,12] менигоранд, сахтшавӣ ва аз 2 то 3 мм ва зиёда аз он ғафс шудани талхадон аломати асосии морфологии ХМК маҳсуб меёбад. Деформатсияи талхадон, часпидан ба узвҳои дигар ба таври айёни муайян карда мешавад ва ҳамчун нишонаи раванди суст ҷараёнгирандаву дуру дарози илтиҳобӣ арзёбӣ мешавад. Луобпарда ғафсшуда, дар баъзе қитъаҳои алоҳида тағйиротҳои полипшакл мавҷуд буда ва ҳосилшавии захм низ бар он шумор аст.

Ҳангоми ҳолатсисити шадиди римнок дар ҳолати мавҷудияти сангҳо дар талхадон узв калон, таранг, пардаи зардобӣ тира ва чирки фибринӣ пӯшида мешавад. Бештар ҳолатсисити шадиди римнок мувофиқи навъи илтиҳоби дабилавӣ ҷараён мегирад. Девораи талхадон ғафс гардида, қитъаҳои матрук ва бофтаҳои гудохташуда ба мушоҳида мерасанд. Луобпарда пурхун, варамида, хунрезшуда, эрозия ва захмдоргардида аст. Тавре муаллифон менависанд, ҳангоми дар талхадон муддати зиёд мавҷуд будани санг бо сабаби наздикии анатомӣ бо дигар узвҳо, ки соиш хӯрдани онҳо имконпазир аст, гоҳо девора яғир мешавад.

Тибқи маълумотҳои [41] таҳқиқи микроскопии талхадон ҳангоми ХМК барои муайян кардани инфилтратсияи лимфогистотситарии эпителия, қабатҳои зерлуобӣ ва мушакӣ, дидани нумуи полипшакл, метаплазия эпителия мувофиқи навъи пилорӣ ё рӯдаӣ имконият фароҳам меорад.

Мувофиқи маълумоти [50] дар мушакпарда нумуи бофтаи пайваस्तкунанда, сахтшавии манбай, ғафсшавии миотситҳо дар натиҷаи гипертрофия ба қайд гирифта мешавад. Синусҳои Рокитанский-Ашоффа амиқ, аксаран то қабати зерзардобӣ мерасанд, мумкин аст таркибаш микродуммал, дивертикулаи козиб дошта бошад, ки барои ташаккулёбии раванди сустҷараёнгирандаи илтиҳобӣ шароити мусоид муҳаё намояд. Роҳҳои Люшка дар натиҷаи калоншавии киставие, ки то қабати зерзардобӣ нуфус мекунад, барои паҳн шудани раванди патологӣ ба пардаи зардобӣ, инкишоф ёфтани перихолатсисит ва деформатсияи талхадон мусоидат мекунад.

Рағҳои ҳуди лавҳаи луобпарда пурхун ё тангшуда, рукуди эритроцитҳо дар сӯроҳии капиллярҳои луобпарда ва қабати мушакӣ, хунрезии диападезӣ имконпазир аст. Дар натиҷаи сахт ва танг шудани девораи рағҳо ишемияе инкишоф меёбад, ки равандҳои дистрофиро дар талхадон тақвият бахшида, сабаби прогредиентии раванди патологиро мегардад.

Тавре [41] қайд мекунанд, ҳангоми таҳқиқи гистологии луобпардаи талхадон ҳангоми бемории санги талха, дар мавриди онҳое, ки далели сироятёбӣ аз микроорганизмҳо муайян гардида буда, аз Н. Pylori фарқ мекунад ва зимни онҳо нишонаҳои бешумору гуногуни раванди илтиҳобии девораи талхадон зоҳир карда шуд. Гиперплазия (аденоматоз, аденомиоматоз, полипоз), гипо- ва равандҳои атрофӣ; сахтшавии релеф, тунук шудани луобпарда ва қабати мушакӣ бо камшудан ва зиёд ва деформатсияи торҳои девораи талхадон аз ҷумлаи нишонаҳои раванди илтиҳобии девора ба шумор мераванд. Муаллиф ҳангоми таҳқиқоти патоморфологӣ ошкор гардидани колонизатсияи микробии луобпардаи талхадонро ҳангоми ҳолатсисит ва боиси инкишоф ёфтани тағйиротҳои нисбатан зухурёфтаи девораи талхадонро дар муқоиса ба деструксияи ҳоси эпителия дар мавриди беморони гирифта ба бемориҳои талхадон сироят наёфта исбот менамояд.

Тавре [51] тасдиқ мекунад, дар ҳолати мавҷуд будани санг дар талхадон хусусиятҳои фарқкунандаи сохтори узв зоҳир мешаванд. Девораи болоии талхадон, дар муқоиса ба санҷишӣ, ғафс (ба 2,1 маротиба) ва поёнӣ бошад, тунук (ба 1,1 маротиба) мешавад. Дар ин маврид асоси зерлуобӣ тунук (ба 1,3 маротиба) ва пардаи берунӣ бошад, ғафс (ба 2,0 маротиба) мешавад. Мушакпарда ғафс (ба 3,1 маротиба дар девори поёнӣ ва 3,3 маротиба дар болоӣ) ва баръакс луобпарда бошад, тунуктар (дар ҳар ду девора ба 1,6 маротиба) мегардад. Мувофиқи маълумотҳои муаллиф девораи талхадон ҳангоми меёр ва дар ҳолати мавҷудияти санг дар талхадон хусусияти тоӣ дорад.



Шархи [41] нишон медиҳад, ки Ҳангоми омӯзиши макроскопии ХМК тағйир ёфтани андозаи талҳадон дар ҳудуди аз 4 то 12 мм, то 1см ғафсшавии девора, ковок шудани луобпардаи талҳадон, чиндор шудани он ошкор гардидаст. Дар сӯроҳии талҳадон муҳтаво аз талха ва луоб, гоҳо омехтаи риму санг мавҷуд буд. Тавре муаллиф мефармояд, дар муоинаи гистологии мавод гуногунчинсии зоҳиршуда ва гуногунсамтнокии тағйироти патоморфологии талҳадон Ҳангоми ХМК ба қайд гирифта шуд. Аз 142 талҳадон дар 36 ҳолат равандҳои гипертрофӣ ва гиперплазӣ, зимни 106 ҳолат равандҳои атрофӣ ва саҳтшавӣ дар мавриди беморони калонсол ба мушоҳида расид.

Тавре [41] тасдиқ менамояд, барои ХМК дар девораи талҳадон инфилтратҳои илтиҳобӣ мушоҳида мегардад, ки таркиби ҳуҷайравии он бо ҳуҷайраҳои плазмавӣ, лимфотситҳо, лейкоцитҳо ва эозонофилҳо, ҳатто то ҳосилшавии думмал дар девораи талҳадон тавсиф меёбад.

Тибқи маълумотҳои [31] дар алоқамандӣ аз дараҷаи зоҳиршавии илтиҳоби девораи талҳадон, Ҳангоми ХМК, баъди ҳолати систематомия сатҳи экспрессияи сиклооксигеназаҳои 2 боло меравад. Ҳамини тавр, он дар ҳуҷайраҳои эпителиалӣ ба 81%, дар мушакҳои суфта ба 86,5 дар ҳуҷайраҳои баданавӣ ба 57%, девораҳои рағ ба 71% ва дар синусҳои Роки-танского-Ашоффа ба 37% мерасад. Тавре муҳаққиқон тасдиқ мекунанд, маълумотҳои бадастомада аз он далолат мекунанд, ки ин ҳолат метавонад сабаби инкишоф ёфтани илтиҳоби музмини асептики девораи талҳадон бошад. Боло рафтани экспрессияи СОГ-2 аз ҷониби пажӯҳишгарони дигар [61,53,58] дар ҳуҷайраҳои эпителиалӣ ва баданавии талҳадон Ҳангоми ҳолати системити шадид ва музминни ошкор гардидааст.

Амалан ба ҳар марҳалаи раванди илтиҳобӣ дар организм пурхунии рағҳо ва порчаҳои хунрез хос аст [18,28,40,8].

Метаболизми бофтаҳо, ҳолати девораи рағҳо, ҳосияти реологии хун, ҳолати гемодинамикаи марказӣ ва канорӣ омилҳои асосии ҳалалёбии гардиши хун маҳсуб меёбанд [28,40,8].

Натиҷаҳои, ки [8] Ҳангоми ХМК дар муқоиса ба ҳолати системити бесанг ба даст оварданд, аз қимати пасти суръати максималии систолии маҷрои хуни девораи талҳадон дар заминаи болоравии тарангшавии девораи шарёнӣ ва фишори дохили рағӣ дарак дода, ба фибрози девораи талҳадон ҳамчун зухуроти раванди музмин Ҳангоми ХМК далолат менамояд. Бар пояи ахбори [18], гемодинамикаи талҳадон, ки Ҳангоми ҳолати системит аз шиддат ёфтани маҷрои хун дар талҳадон дарак медиҳад, аз кадом ҳолати системит будани он қайд нашудааст.

Турсунов Э.А. бо ҳаммуал., (2020) динамикаи тағйиротҳои морфофункционалии системаи гепатобилиарио Ҳангоми таъсири музмини пеститсидҳо омӯхта, исбот намуд, ки дар системаи гепатобилиарӣ тағйиротҳои деструктивӣ, ковок шудани микронахҳо, инчунин ғафсшавии луобпарда мушоҳида гардида, дар оянда зухуроти деструктиви луобпарда ба амал меояд.

Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон Ҳангоми омӯзиши механизмҳои инкишоф, хусусиятҳои ихтилолоти мубодилавӣ, роҳҳои зоҳиркунӣ, усулҳои камолоиши муолиҷаи патологияҳои гуногуни ҳолати системити музмин шадид, БСТ ва ташҳиси он, шаклҳои ориза ёфтаи он [25,48,20,42] бо дарназардошти он ки дар кишвар инкишофи устуворонаи гирифтورشавӣ ба БСТ аз 8 то 18% мушоҳида мегардид, саҳмгузоранд. Муҳаққиқони номбурда ба тағйиротҳои рағӣ - бофтавӣ сари кор надоштанд, аммо дар осорашон баъзе ҷанбаҳои масоили патоморфологияи талҳадонро Ҳангоми ХМК ба риштаи таҳқиқ кашидаанд.

Ҳамин тавр, ХМК бемориест, ки сабабҳои бешумори пайдоиш дошта, метавонад дар ҳар син, хусусан дар нимаи дуими давраи синни булуғ ва дар миёнсолон пайдо шавад. Занҳо дар қиёс ба мардон бештар - 3:1 ба ин беморӣ гирифтور мешаванд, хусусан дар давраи ҳомиладорӣ ва зоимонӣ. Беморӣ ҳосияти хуруҷкунандагӣ дошта, даҳсолаи охир дар ҳама ҷо рӯ ба афзоиш овардани басомади ХМК-ро мушоҳида кардан мумкин аст ва ин нукта дар нишондиҳандаҳои омории беморшавии кишварҳои муҳ-

талиф ба қайд гирифта шудааст. Ҳолати мазкур аз як тараф аз сабабҳои ирсӣ, колонизатсияи бактериявии талхароҳа, метабализми липидҳо алоқамандӣ дошта бошад, аз тарафи дигар аз омилҳои муҳити атроф, хусусан ғизо ва ғ. вобастагӣ дорад.

Аз таҳлили абзори адабиёт чунин ҳулоса кардан мумкин аст, ки бо вучуди дар самти мазкур таҳқиқоти бешуморе анҷом ёфтаасту хусусиятҳои сохтору функцияи талхадон баррасӣ ва ҳосияти биохимиявии он таҳиқ ва механизми ҳосилшавии санг, клиника, мулоичаи ҷарроҳиву усулҳои таҳқиқ пажӯҳиш шудааст, имрӯзҳо ҳангоми ХМК як зумра масъалаҳо ҳанӯз ҳам рушан нестанд, хусусан:

1. Дар адабиёти илмӣ оид ба масоили ташкили сохторӣ-функционалии рағб-бофтавӣ ва тағйироти ташҳиси ултрасадо-и талхадон маълумот кам буда, арзёбии миқдорӣ бе дар назардошти муносибатҳои дучонибаи микроанатомӣ бо сохторҳои бофтавии ҳамшафат ба амал оварда мешавад.

2. Арзёбии микроскопии морфологӣ-математикии нишондиҳандаҳои сохтори девора ва чузҳои маҷрои микрогардиши талх-

дон ҳангоми ХМК бо дарназардошти шохиси вазни бадан, тағйирот дар син ва ҷинс мавриди омӯзиш қарор нагирифтаанд.

3. Мавҷуд набудани қиматҳои анатомии талхадон зимни ашҳоси давраи нимаи булуғ ва дар калонсолони мубтало ба соматипҳои гуногун аз рӯи маълумотҳои таҳқиқи ултрасадо ва шохиси вазни бадан; арзёбии воқеии инкишофи ҷисмонии одамон дар ҚТ.

Дар алоқамандӣ ба гуфтаҳои Ғавқ ва мувофиқи мавзӯи таҳқиқи илмӣ кафедраи анатомияи одам ва истилоҳоти тиббии латинӣ ба номи Я.А. Раҳимови МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» оид ба омӯзиши морфологияи функционалии узвҳои дарунӣ ҳангоми меъёр ва патология мо таҳқиқоти мазкурро ба нақша гирифтем.

Чунин ҳисобидан мумкин аст, ки дар алоқамандӣ аз ҷинс ва соматипҳои таҳқиқи патоморфологияи талхадон ва ТУС-и он ҳангоми ХМК ҳам барои дарк кардани масоили патоморфологияи узв ва ҳам дар меъёрҳои ташҳиси ХМК, хусусан механизми равандҳои патоморфологии талхадони одам саҳми муайян мегузорад.

Адабиёт

1. Абрамова А.Г. Значимость малоинвазивных методов в лечение осложненных форм желчнокаменной болезни / А.Г. Абрамова // Автореф. дис. ... канд.мед.наук.- Тверь.- 2018.- 24с.
2. Анисимова Е.В. Особенности пищевого поведения при болезнях желчного пузыря / Е.В. Анисимова, И.В. Козлова, С.В. Волков // Фундаментальные исследования.- 2012.- №7(2).- С. 264-268.
3. Анисимова Е.В. Тактика ведения пациентов с хроническом холециститам на фоне ожирения / Е.В. Анисимова, И.В. Козлова, С.В. Волков // Медицинская наука и образование Урала.- 2013.- №1.- С. 7-11.
4. Бебуришвили А.Г. Перфоративный холецистит. Классификация и «атипичные» клинические формы / А.Г. Бебуришвили, С.И. Панин, Е.Н. Зюбина // Журнал им. Н.И. Пирогова.- 2018.- №1.- С. 10-13.
5. Безопасность пациента при удвоении желчного пузыря. Оставленный желчный пузырь / Е.Ж. Покровский, А.В. Гусев, А.Ю. Соловьев [и др.] // Современные проблемы науки и образования.- 2015.- №5. URL: <https://science-education.ru/ru/article> (View id = 22714 / дата обращения: 05.03.2022).
6. Буриев И.М. Острый калькулезный холецистит и его осложнения. Новое о холелитиазе / И.М. Буриев // Практическое руководство под ред. И.М. Буриева, Г.П. Мелконяна.- Москва.: ГЕОТАР.- Медиа.- 2020.- 272с.
7. Быкова А.В. Острый холецистит у мужчин: актуальность проблемы / А.В. Быкова, А.Ю. Орешкин // Современные проблемы науки и образования. – 2013.- №2.- С.42.



8. Верзакова О.В. Кровоток в стенке желчного пузыря по результатам цветового дуплексного сканирования у больных острым калькулезным холециститом / О.В. Верзакова, И.В. Верзакова // Медицинский вестник Башкортостана.- 2017.- Т.12.- №1(67).- С. 29-32.
9. Власов А.П. Диагностика острых заболеваний живота: руководство / А.П. Власов, М.В. Кукош, В.В. Сараев // М.: ГЕОТАР- Медиа.- 2014.- 448с.
10. Внутренние желчные свищи как осложнение желчнокаменной болезни / В.Ф. Цхай, Н.А. Бражникова, Н.В. Мерзликин [и др.] // Вестник хирургии им. И.И. Грекова.- 2012.- Т.171.- №6.- С. 43-48.
11. Данзанова Т.Ю. Особенности ультразвуковой диагностики рака желчного пузыря / Т.Ю. Данзанова, Г.Т. Синюкова, П.И. Лепэдату, Е.А. Гудилина // Ультразвуковая и функциональная диагностика.- 2014.- №5.- С. 13-24.
12. Дивертикул желчного пузыря: возможность ультразвуковой диагностики клиническое наблюдение / С.Г. Бурков, С.А. Васильченко, Н.Ю. Гурова [и др.] // Журнал по ультрасонографии.- 2018.- С. 28-32.
13. Дорофеев М.Е. Факторы риска, особенности клинического течения и распространенность желчнокаменной болезни у лиц пожилого и старческого возраста в Москва / М.Е. Дорофеев // Клиническая геронтология.- 2013.- №3-4.- С. 48—57.
14. Жолнерчик А.Я. Изменение возрастнo-половой структуры группы пациентов, переносных холецистэктомии, на рубеже XX-XXI века / А.Я. Жолнерчик // Бюллетень медицинских интернет-конференций.- 2016.- Т.6.- №5.- С. 1063.
15. Значение микробного фактора в развитии острого калкулезного холецистита / Ю.С. Винник [и др.] // Новости хирургии.- 2012.- Т.20.- №2.- С. 20-24.
16. Золотухина Н.В. Хронический бескаменный холецистита у лиц пожилого и старческого возраста / Н.В. Золотухин // Автореф. дис.... канд.мед.наук.- Барнаул.- 2012- 23с.
17. Ильченко А.А. Билиарной сладж: причины формирования, диагностика и лечение / А.А. Ильченко // Consillum medicum. Гастроэнтерология.- 2012.- №2.- С.
18. Куликов В.П. Основы ультразвукового исследования сосудов / В.П. Куликов // Издательский дом Видар.- М.- 2015.- 392с.
19. Курбонов К.М. Анаэробной холецистит / К.М. Курбонов // Методические рекомендации.- Душанбе.- 2015.- 10с.
20. Лапароскопическая холецистэктомия острого калкулезного холецистита в пожилом и старческом возрасте / А.Х. Норов [и др.] // Доклады академии наук Республики Таджикистан.- 2012.- Т. 55. №1.- С. 86-90.
21. Лапароскопическая хирургия острого деструктивного холецистите у больных пожилого и старческого возраста / Л.П. Уханов [и др.] // Тезисы докладов XVII съезда Российского общества эндоскопических хирургов.- Эндоскопическая хирургия.- 2014.- №1.- Приложение.- С. 412-413.
22. Луцевич О.Э. К вопросу о тактике хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста с деструктивным холециститом / О.Э. Луцевич, А.А. Амирхонов, А.С. Урбанович // Тезисы докладов XVII съезда Российского общества эндоскопических хирургов.- Эндоскопическая хирургия.- 2014.- №1.- Приложение.- С. 236-237.
23. Магруппов Б.А. Возрастные особенности течения желчнокаменной болезни / Б.А. Магруппов, Т.А. Вервекина // Морфология.- 2008.- Т. 133.- №2.- С. 81.
24. Максимов В.А. Патология гепатобилиарной системы и билиарная недостаточность / В.А. Максимов // Адамент Ъ.- М.: -2013.- 496.
25. Мансуров Х.Х. Желчнокаменная болезнь / Х.Х. Мансуров // Душанбе.- 1991.- 222с.
26. Мелконян, Г.Г. Малоинвазивные и лазерные технологии как этапы лечения больных с осложненными формами желчнокаменной болезни / Г.Г. Мелконян // Ж. Масковский хирургический журнал.-2015.-№1(41). С. 1923.

27. Миниинвазивные лапароскопические методики лечения заболеваний желчного пузыря: учебное пособие для врачей-хирургов / К.В. Пучков, Д.А. Хубезов, Д.К. Пучков [и др.] // Рязань: РИО Ряз ГМУ.- 2015.- 115с.
28. Микроциркуляция крови: клиничко-морфологические аспекты изучения / В.И. Козлов, О.А. Гурова, С.М. Рыжакин [и др.] // Морфология.- 2016.-Т. 149.- №3.- С. 105.
29. Мишалов В.Г. Результаты лечения осложненного острого холецистита у лиц пожилого и старческого возраста / В.Г. Мишалов // Хірургія Украши.- 2015.- №4.- С. 49-53.
30. Никитин И.Г. Желчнокаменная болезнь: эпидемиологические данные, ключевые аспекты патогенеза и коморбидности актуальные терапевтические мишени / И.Г. Никитин, А.В. Волнукин // РМЖ, медицинское обозрение.- 2020.- №5.- С. 290-296.
31. Повышенный уровень экспрессии ЦОГ-2 в стенке желчных пузырей у больных хроническим калькулезным холециститом / Н.М. Козлова, Я.Л. Тюрюмин, С.С. Голубев [и др.] // Сибирский медицинский журнал.- 2010.- №5.- С. 66-69.
32. Подолужный В.М. Осложнения желчнокаменной болезни / В.М. Подолужный // Фундаментальная и клиническая медицина.- 2017.Т.2.- №1.- С. 102-114.
33. Пострелов Н.А. Клиничко-анатомические понятия о синдроме Мириззи / Н.А. Пострелов, А.А. Шишкин, А.В. Лодигин // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.- 2015.-№9.- С. 52-58.
34. Профиль цитокинов у больных при остром калькулезном холецистите и коррекция его нарушений / Дж.Н. Гаджиев [и др.] // Кишчна Хірургія.- 2013.- №4. С. 17-19.
35. Пучков К.В. Хирургия желчнокаменной болезни / К.В. Пучков, Д.К.Пучков // Лапароскопия, минилапароскопия, единый порт.- М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М».- 2017.- 312с.
36. Рахимов Б.М. Рак желчного пузыря под маской холецистита в практике общехирургического стационара / Б.М. Рахимов, В.В. Калесников // Медицинский вестник Башкортостана.- 2015.-Т. 10.- №6 (60).- С. 70-73.
37. Рукосуева Т.В. Микробиологический аспект желчнокаменной болезни и ее осложнений воспалительного характера / Т.В. Рукосуева // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН.- 2011.- №4 (80).- С. 325-330.
57. Bharathy. K.G.S. Acute calculous cholecystitis with intrahepatic gallbladder perforation / K.G.S. Bharathy, D. Borle, N. Kumar // JAMA Surg. – 2017. - №4 – P. 403-404.
58. Bile duct ligation induced acute inflammation up – regulates cyclooxygenase – 2 content and PGE2 release in quinea pig gallbladder smooth muscle cell cultures / S.I. Myers, L.I. Bartula, M.P. Colvin [et al.] // Prostaglandins Leukot. Essent. Fatty Acid. – 2005. – Vol. 72 - №5. – P. 327-333.
59. Buxbaum J. Modern management of common bile duct stones / J. Buxbaum // Gastrointestinal Endoscopy Clin. N. Am. – 2013. - №23 (2) – P. 251-275.
60. Chou, C.K. Early Percutaneous Cholecystostomy in Severe Acute Cholecystitis Reduces the Complication Rate and Duration of Hospital Stay / C.K. Chou, K.C.Lee, C.C. Chan // Medicine (Baltimore). – 2015. – Jul.- Vol. 94. Iss. 27 – P. 1096.
61. Cyclooxygenase expression in the gallbladder / M. Ghosh, T. Kawamoto, N. Koike [et al.] // Int.J. Mol. Med. – 2000. – Vol.6. - №5. – P 527-532/
62. Freitas M.L. Choledocholithiasis: evolving standards for diagnosis and management / M.L. Freitas, R.L. Bell, A.J. Duffy // World J Gastroenterol. – 2006 May 28. – Vol. 12 (20). – P. 3162-3167.
63. Friedrich K. Microbiology and resistance in first episodes of spontaneous bacterial peritonitis: implications for management and prognosis / K. Friedrich, S. Nussle, T. Rehlen // J. of Gastroenterology and Hepatology. – 2016 Jun. – 31 (6). – P 1191-1195.
64. Jain, B.K. Gallbladder Perforation: Early Diagnosis Improves Survival / B.K. Jain, P.K. Garg, D. Mohanty // Indian J Surg. – 2015. - №3 – P. 1497.
65. Jayasinghe, G. Unusual presentation of gallbladder perforation / G. Jayasinghe, J. Adam, U. Abdul – Aul // Int J Surg Case Rep. – 2016. - №18. – P. 42-44.



66. Lutz, P. Antibiotic resistance in healthcare – related and nosocomial spontaneous bacterial peritonitis / P. Lutz, H.D Nischalk, B. Kramer // European journal of clinical investigation. 2017-47 (1). – P.44-52.
67. Minimally invasive management of intrahepatic type II gallbladder perforations case report / D. Alshammari [et al.] Hepatobiliary Surg. Nutz – 2016 - № 5(1). – P. 79-82.
68. Outcome of acute perforated cholecystitis: a register study of over 5000 cases from a quality control database in Germany / S. Jansen [et al.] Surg. Endosc. -2017. - №4.-P. 1896-1900.
69. Perforation of gallbladder: a rare cause of abdominal pain / J.B. Panten [et al.] // J. Surg Case Red.- 2015.- :doi:10.1093 /jscr/ rju 160.
70. Single –port Laparoscopic cholecystectomy (SILS) using non articulating instruments and conventional trocars – single experience / S. Chaudhary [et al.] // J.Gastrointest surg. – 2013 – vol.17 (4). – P.809 – 803.
71. Strasberg S.M. Acute calculous cholecystitis / S.M. Strasberg // The new England journal of medicine.- 2008.- №7.- P. 2804-2811.
72. Strong association between gallstones and cardiovascular disease / N. Mendez – Sanchez, J. Bahena – Aponte, N.C . Chavez –Tapia [et al.] // Am J Gastroenterology. – 2005 . – 100 (4). – P. 827 -830.
73. Tokyo Guidelines 2018: flowchart for the management of acute cholecystitis / K. Okamoto [et al.] // J Hepatobiliary Pancreatic Sci. – 2018 - №25 (1).- P. 55 -72
74. Vitek L. New aspects of the pathogenesis of cholesterol cholelithiasis. / L. Vitek // Cas Lek Cesk. – 2002 . – v. 141. – D. 595-600.
75. Ward S. Diagnosis and management of gallstone disease: summary of NICE guidance / S. Ward, G. Rogers // BMJ – 2014.- 349p.
38. Сагдатова А.А. Распространенность, клинико-генетические особенности желчнокаменной болезни в Республике Башкортостан / А.А. Сагдатова // Дисс....канд.мед.наук.- Уфа.- 2018.- 136с.
39. Скворцов В.В. Диагностика и лечение желчнокаменной болезни / В.В. Скворцов, У.А. Халилова // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.-2018.- 157 (9).- С. 142-150.
40. Состояние микроциркуляторного русла печени и желчного пузыря после резекции легкого на фоне применения пирасетама / Ы.А. Алмабаев [и др.] // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований.- 2016.-№10-3.- С. 378-383.
41. Суворова Г.А. Сравнительная характеристика межтканевых взаимоотношений в гистогенезе желчного пузыря при хронических холециститах / Г.А. Суворова // Авторефер. дис.... канд.мед.наук.- Самара.- 2006.-21с.
42. Султонов Б.ДЖ. Диагностика и хирургическое лечение анаэробного холецистита / Б.ДЖ. Султонов // Автореф.дисс. ... канд.мед.наук.- Душанбе.- 2021.- 24с.
43. Тертичная А.Н. Ультразвуковая диагностика рака желчного пузыря: современные возможности и ограничения / А.Н. Тертичная, Ю.А. Степанова // Медицинская визуализация.- 2015.- №5.- С . 32-44.
44. Толстых М.П. Структура и архитектоника желчных камней острый калькулезный холецистит его осложнения новое о холелитиаза / М.П. Толстых, И.М. Буриев // Практическое руководство.- Москва.: ГЕОТАР.- Медиа.- 2020.- С. 43-65.
45. Трухан Д.И. Заболевания билиарного тракта у женщин / Д.И. Трухан, Л.В. Тарасова / Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.-2014.-5.-С. 85.
46. Трухан Д.И. Болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей в практике врача первого контакта / Д.И. Трухан, И.А. Викторова // медицинский совет.-2016.- №14.-С. 109-115.
47. Турсунов Э.А. Критерии оценки морфофункциональных изменений гепатобилиарной системы при хроническом воздействии пестицидов / Э.А. Турсунов, Г. Нигматова // Tibbiyotda Yangi kun.- 2020.- 3(41).- С. 348-352.

- 48.Тухтаев Н.С. О молекулярном механизме формирования билиарного сладжа / Н.С. Тухтаев, Х.Х. Мансуров, Ф.Х. Мансурова // Проблемы ГАЭЛ.- 2006.- №1-2.- С. 40-47.
- 49.Хирургическое лечение рака желчного пузыря / А.В. Мелкумян, А.Е. Климов, И.В. Сагайдак [и др.] // Московский хирургический журнал.- 2012.- №1.- С. 57.
- 50.Шарашидзе Т.Г. Морфологические изменения в стенке желчного пузыря при различных формах хронического холецистита / Т.Г. Шарашидзе // Медицина Грузии.- 2000.- №4.- С. 9-11.
- 51.Шеховцова Ю.А. Формы, размеры, пространственное расположение и строение стенки желчного пузыря / Ю.А. Шеховцова // Автореф. дисс.... канд.мед-наук.- Красноярск.- 2011.- 27с.
- 52.Щербинина М.Б. Современная классификация желчнокаменной болезни / М.Б. Щербинина // Здоровье Украины.- 2011.- №4.- С.22-23.
- 53.Abnormalities of gallbladder muscle associated with acute inflammation in guinea pigs/ Z.L. Xiao, Q. Chen, P. Biancani [et al.] // Am J. Physiol. Gastrointes. Liver Physiol. – 2001. – Vol. – 281 – P.G. 490 – 497.
- 54.Abnormalities of the distal common bile duct and ampula; Diagnosis approach and differential diagnosis using multiplanar reformations and 3D imaging. / S.P. Raman [ex al.] AJR Am J Roentgenol. – 2014 – 203 (1) – P. 17-28.
- 55.Bacteriological examination the Abdominal effusion in bacterial peritonitis / T. Didbaridze, L. Saginashvili, L. Akhmeteli [et al.] // Georgin Med New. – 2016 Sep. – 258. – P. 47 – 79.
- 56.Baldry M. Norlichexanthone reduces virulence gene expression and biofilm formation in *Staphylococcus aureus* / M. Baldry, A. Nielen, M.S. Bojer // PLoS One. – 2016. – Dec. 22. – P. 11-12.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АНАТОМИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Ишмирзоев Р.Э.

Интерес к изучению проблеме желчнокаменной болезни значительно возрос в последние годы в Республике Таджикистан, что связано с повышением до уровня социально значимой патологии, т.к. по частоте распространения и наносимому экологическому ущербу занимает ведущее место в структуре общей заболеваемости после сердечно

-сосудистой патологии и сахарного диабета.

Представлен обзор современной отечественной и зарубежной периодической печати о патоморфологии желчного пузыря при желчнокаменной болезни.

Ключевые слова: желчный пузырь, морфология, желчнокаменный болезнь.

MORPHOFUNCTIONAL ANATOMY OF GALLBLADDER IN CHOLELITHIASIS ISHMIRZOEV R.E.

Department of Human Anatomy and Latin Medical Terminology named after
Ya.A.Rakhimov, Avicenna TSMU

The interest to the study of the problem of cholelithiasis considerably increased in recent years in the Republic of Tajikistan which is associated with the rise to the level of social significant pathology as on frequency of spreading and cause of ecological damage it takes leading place in the structure of common

morbidity after cardiovascular pathology and diabetes mellitus.

It is presented the review of modern domestic and foreign periodical press about pathomorphology of gallbladder in cholelithiasis.

Key words: gallbladder, morphology cholelithiasis.



Ишмирзоев Рахмонкул Эгамбердиевич – ассистент, кафедраи Анатомияи одам ва истилоҳоти тиббии лотинӣ ба номи Я.А. Раҳимов, МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, Ҷумҳурии Тоҷикистон. E-mail: iraxmankul@yandex.ru

Ишмирзоев Рахмонкул Эгамбердиевич – ассистент, кафедры Анатомии человека и латинской медицинской терминологии имени Я.А. Рахимова. ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино, Республика Таджикистан. E-mail: iraxmankul@yandex.ru

Ishmirzoev Rahmonqul Egamberdievich – assistant, Department of Human Anatomy and Latin Medical Terminology named after Ya.A.Rahimov, SEI Avicenna Tajik State Medical University, Republic of Tajikistan. E-mail: iraxmankul@yandex.ru

ТАҒЙИРЁБИИ СИСТЕМАИ ПРО- ВА АНТИОКСИДАН ТӢ ҲАНГОМИ ЗАҲРОЛУДШАВӢ БО ЧОРХЛОРЕМЕТАН

Қурбонова М.Б., Сабурова А.М., Носирҷонова Х.Р., Махсудова М.С.

Кафедраи биохимияи МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино”

Муҳиммият. Чигар яке аз узвҳои асосии организм буда, дар он ҳамаи намудҳои равандҳои метаболикии мубодилаи сафедаҳо, липидҳо ва карбогидратҳо ба амал меояд.

Вазифаи дигари асосии чигар муҳофизати муҳити дохилии организм аз моддаҳои гайр-ксенобиотикҳо мебошад. Ксенобиотикҳо метавонанд фаъолияти узвҳо ва бофтаҳоро маҳдуд мегардонанд. Бинобар ин заҳролудшавии чигар дар байни дигар ҷараёнҳои патологӣ ҷои асосиро ишғол менамояд, чунки он метавонад вайроншавии барнагардандаи функсияи ҳамаи системаҳои организмро ба амал орад [1].

Ҳангоми ба организм ҳайвонот воридкунии чорхлориди карбон (CCl_4) вайроншавии морфологӣи паренхимаи чигар ба амал меояд, ки чунин тағйирот дар организм инсон низ, ба амал омада метавонад. Вобаста аз ин заҳролудкунии ҳайвонот бо CCl_4 дар таҷриба, намуди самаранокеро ба вучуд меорад, ки дар он тағйиротҳои биохимиявии ба воситаи омилҳои токсикӣ ба амал омада, омӯхта мешаванд ва он барои ҷустуҷӯи маводҳои нави доруӣ хусусияти гепатотрофидошта, аҳамияти калон дорад [4,7].

Тахминан, ҳосияти гепатотоксикӣи CCl_4 аз вайронкунии структураи ҳуҷайраҳо ба воситаи радикалҳои озод, ки он ҳангоми табaddулот дар ретикулуми эндоплазматикӣи чигар ҳосил мешаванд, иборат мебошад [8].

Чунин ҳосияти гепатотоксикӣи чорхлорметан дар шароити изтиробӣи оксидативӣ

ба воситаи радикалҳои озод ҳосилшуда ба вайронкунии узвҳои дигари ҳозима оварда мерасонад. Хусусан ҳангоми истеъмоли CCl_4 ба воситаи даҳон дар системаи ҳозима ба вайроншавии назарраси қори меъда, рӯда ва ғадуди зерӣ меъда оварда мерасонад, ба гайр аз ин заҳролудшавии дубораи ин узвҳо ҳангоми норасоии шадиди қори чигар низ, ба амал меояд [5].

Бинобар ин, вазифаи асосии ҳозиразамони гепатологияи таҷрибавӣ ва клиникӣ, иборат аст аз омӯзиши механизми танзими фаъолияти функционалии ғадудҳои ҳазми гизо дар ҳолати таъсири моддаҳои заҳронок ва инчунин пешбинӣ намудани ҳолати ба амал омада ва бартараф намудани равандҳои харобиовар мебошад.

Мақсади асосии таҳқиқот аз омӯзиши фаъолияти протеинаҳои системаи рӯдаю меъдаи калламушҳои ба таъсири чорхлориди карбон гирифташуда, муайянкунии механизми вайроншавии патогенетикӣ ва омӯختани имконият ва коррексияи тағйиротҳои метаболикии муайяншуда бо истифодабарӣ аз рағбанҳои растанигӣ иборат аст.

Маводҳо ва усулҳои истифодабурдашуда. Дар қорҳои таҷрибавӣ 75-то калламушҳои нарина бо вазни 120-200г, истифода бурда шуд. Ҳамаи онҳо вазн ва синни якхела дошта, дар муҳити стандартӣ бо риояи қонунҳои байналмилалӣ нигоҳ дошта шудаанд [3].

Ҳайвонҳои таҷрибавӣ ба гурӯҳҳои зерин тақсим карда шуданд:

- гурӯҳи якӯм- (10-то каламуш) - назариявӣ
- гурӯҳи дуюм- (10-то каламуш) - наму-
ди (моделӣ) бо CCl_4 захролуд кардашудаи
чигар, ки омӯзиши нишондодҳои биохими-
явиро дар онҳо баъд аз 7-рӯз аз аввали
таҷриба муайян карда шудааст.

- гурӯҳи сеюм- (10-то каламуш) - наму-
ди модели бо CCl_4 захролуд кардашудаи
чигар, ки омӯзиши нишондодҳои биохими-
явиро дар онҳо баъд аз 30-рӯз, аз аввали
таҷриба муайян карда шудааст.

- гурӯҳи чорум- (45-то каламуш) наму-
ди (моделӣ) гепатити токсикиро бо CCl_4
ба вучуд оварда буданд.

- Гурӯҳи чорумро ба се зергурӯҳи ди-
гар ҷудо карданд ва ба меъдаи ҳар як кала-
муши зергурӯҳ ба воситаи зонтиҳои гаст-
ралӣ рағванҳои растаниро ворид намуданд:

- Ба зергурӯҳи IV-A (15-каламӯш) –
равғани ҷуворимакка;

- Ба зергурӯҳи IV-B (15-каламӯш) –
равғани пахта;

- Ба зергурӯҳи IV- В (15-каламӯш) –
равғани офтобпараст

Барои ба вучуд овардани намуди (моде-
ли) сироятшавии шадиди захролудшавии
чигар ба зерҳои пӯсти каламушҳо маҳлули
50%-и рағғани CCl_4 – ро аз рӯи ҳисоби
0,5мл ба 100 г вазни бадани ҳайвон 1 маро-
тиба дар як шабонарӯз, дар давоми 3 рӯз
ворид карда шуд [4].

Гирифтани хун ва биопсияи узвҳои ди-
гар (меъда, ғадуди зерӣ меъда) барои таҳқи-
қот дар ҳайвонҳои гурӯҳи назоратӣ ва
таҷрибавӣ дар рӯзи 7-ум ва 30-юми баъди
оғози таҷриба гузаронида шуданд [3].

Забҳи каламушҳо пас аз гуруснагии 14-
соатаи онҳо, сахар тибқи дастуру санадҳои
қонунгузорӣ дар ин замина, сурат гирифта-
аст. Порчаҳои узвҳои ҳайвонотро, ки бо
роҳи биопсия ҷудо карда буданд, бо маҳлу-
ли физиологии хунук шуста қисмҳои луоб-
пардаи меъдаро аз пардаи серроз ҷудо кар-
да, то моддаи гомогении якхела майда кар-
данд. Ҳамин тавр ғадуди зерӣ меъдаро низ
алоҳида майда карданд.

Узвҳои майдакардашударо баркашида
бо оби муқаддир гомогенати маҳлули 10%
тайёр карда, онҳоро фаъол намуданд.

Барои фаъолкунӣ ба гомогенати меъда
маҳлули 0,1 н HCl аз рӯи ҳисоби 0,2мл HCl
ба 1мл гомогенат илова карданд. Баъд аз он
барои инкубатсия дар давоми 1 соат дар
термостати обӣ дар ҳарорати 37° С нигоҳ
доштанд. Пас аз он, гомогенатро дар муда-
ти 15 дақиқа ва 3000 давр/дақ центрифуги-
ронӣ карда шуд. Дар супернатанти ҷудо-
кардашуда фаъолияти ферментҳо муайян
карда шуданд.

Барои муайянкунии фаъолияти пепсин
ба гомогенати луобпардаи меъда аз усули
экспрессии Н.П. Пятнитский (1969) истифода
бурданд. Ин усул ба қобилияти пепсин,
ки шири буфериро (омехтаи шир-атсетат,
МАС) ба лахтаи казеин дар pH= 5,0 ва ҳаро-
рати 25°С табдил медиҳад, асоснок карда
шудааст.

Вақти ҳосилшавии лахтаи казеин дар
пробирка, ба фаъолияти ферментҳо ало-
қамандии баръакс дорад. Фаъолияти фер-
ментро на танҳо бо воҳиди шартӣ, балки бо
истифотабарии пепсини кристаллӣ бо воҳи-
ди миллиграмм низ чен кардан мумкин аст.
Фаъолияти ферментро бо ҳисоби милли-
грамм (мг/г) ба як грамм бофтаи тари лу-
обпардаи меъда ифода карданд [11].

Фаъолияти трипсинро дар гомогенати
ғадуди зерӣ меъда бо усули Эрлангер-Ша-
терников муайян карданд. Усул ба он асос-
нок карда шудааст, ки қобилияти таҷзия-
кунии субстрати синтетикии-бензоиларги-
нин-р-нитроанилид (БАПНА) ба р-нитро-
анилиди ранга табдил меёбад ва миқдори
онро бо усули колориметрӣ (аз рӯи мавҷи
 $\lambda=410\text{nm}$) муайян мекунанд, ки он ба фаъо-
лияти фермент мутаносиби роста мебошад
[9].

Фаъолияти химотрипсинро бо истифода
даи усули Н.П. Пятнитский бо мг/г дар
гомогенати бофтаи тари ғадуди зерӣ меъ-
да муайян намуданд [10].

Ин усул бо усули муайянкунии фаъоли-
яти пепсини шири меъда монанд буда, ба
қобилияти аз тарафи фермент лахта карда-
ни омехтаи шир-атсетатро дар ҳарорати 35°
С асоснок карда шудааст. Фаъолияти хи-
мотрипсинро бо воҳиди шартӣ ба 1 г боф-
таи тари ғадуди зерӣ меъда ифода мекунанд.



Барои таҳқиқ намудани сабаби эҳтимолии тағйирёбии фаъолияти протеазаҳои системаи ҳозима ва гузариши чараёни оксидшавии липидҳо, омӯзиши таҳлили фаъолияти оксидшавии пероксидии липидҳо (ОПЛ)-ро аз рӯи маҳсулоти охиринаи таҷзияи диалдегиди малонат (ДАМ) [6] ва системаи зидди оксидшавиро (СЗО) бошад, аз рӯи фаъолияти ферменти муҳофизатии антиоксидантии супероксиддисмутаза (СОД) гузарониданд. Фаъолияти СОД-ро бо усули G Fridovich ва ҳамкоронаш муайян намуданд.

Ҳамаи таҳқиқотҳо дар рӯзи гирифтани хун ва узвҳои дохилӣ гузаронида шуд. Натиҷаи ба даст овардаи маълумотҳои таҷрибавӣ бо усулҳои омории тағйирёбандаи меъёри t-Стъюдент муайян карда шуданд. Тафовут барои $p < 0,05$ муҳим ҳисобида шуд [2].

Натиҷа ва муҳокима. Бо таъсири CCl_4 дар организми каламушҳо баъди 7 рӯзи оғози таҷриба пастшавии фаъолияти ферментҳои протеолитикии меъда ва ғадуди зери меъда мушоҳида карда шуд (ҷадвали №1).

Ҷадвали №1 - Фаъолияти ферментҳои протеолитикии моеъи қабати руйпӯши меъда ва бофтаи ғадуди зери меъдаи каламушҳо ҳагоми захролудшавии шадид бо чорхлориди карбон ($M \pm m$).

Нишондиҳандаҳои таҳқиқотӣ	Гурӯҳҳои ҳайвонот		
	I	II	III
	(назоратӣ)	(баъди 7 рӯзи саршавии таҷриба)	(баъди 30 рӯзи саршавии таҷриба)
Пепсин, мг/г	$1,52 \pm 0,063$	$0,74 \pm 0,021$ $p_{2-1} < 0,001$	$1,20 \pm 0,022$ $p_{3-1} < 0,001$ $p_{3-2} < 0,001$
Трипсин, мг/г	$23,8 \pm 0,23$	$5,27 \pm 0,084$ $p_{2-1} < 0,001$	$8,15 \pm 0,094$ $p_{3-1} < 0,001$ $p_{3-2} < 0,001$
Химотрипсин, воҳ.шарт/г	$1,43 \pm 0,042$	$0,43 \pm 0,012$ $p_{2-1} < 0,001$	$0,92 \pm 0,011$ $p_{3-1} < 0,001$ $p_{3-2} < 0,001$

Эзоҳ: p - Фарқияти статистикуи нишондиҳандаҳои гурӯҳҳо нисбат ба гурӯҳи назоратӣ.

Фаъолияти пепсин ба 51,3%, трипсин- 77,9%, химотрипсин- 70% нисбати гурӯҳи назоратӣ паст шуд.

Дар рӯзи 30-юми баъди оғози таҷриба натиҷаҳо нишон доданд, ки дар гурӯҳи III-юм баландшавии фаъолияти протеазаҳо нисбати гурӯҳи II-и таҷрибавӣ мушоҳида шуд.

Фаъолияти пепсин дар гурӯҳи III нисбат ба параметри мувофиқи гурӯҳи II ба 62%, трипсин ба 54,6, химотрипсин- 114,0% нисбати гурӯҳи назоратӣ баланд буд. Лекин фаъолияти ҳамаи протеазаҳои таҳқиқотӣ дар гурӯҳи таҷрибавии III аз нишондодҳои гурӯҳи назариявӣ паст буданд.

Механизми эҳтимолие, ки ба пастшавии фаъолияти (ҳосилшавии) ферментҳои ҳози-

ма мусоидат мекунад, осебёбии ҳуҷайраҳои системаи ғадудҳои ҳозима ва ғадуди зери меъда мебошад, ки тавассути радикалҳои озод дар бадани ҳайвонот дар зери таъсири CCl_4 ташаккул меёбад.

Ҳамин тариқ, мувофиқи маълумотҳои гирифташуда, ҳангоми захролудшавӣ бо чорхлорметан дар хуни ҳайвонот, фаъолшавии чараёнҳои ОПЛ ва номутавазунӣ дар кори системаи ферментативии зидди радикалии муҳофизатии бадан мушоҳида карда шудааст.

Дар каламушҳо баъди рӯзи 7-уми воридкунии CCl_4 баландшавии ДАМ то 76,2% ($p < 0,001$), пастшавии фаъолияти СОД то 38,2% ($p < 0,001$) нисбати гурӯҳи назариявӣ мушоҳида карда шуд.

Дар рӯзи 30-юми баъди оғози таҷриба концентратсияи ДАМ дар гурӯҳи III то 80,0% нисбати нишондоди гурӯҳи II ва 2,8 маротиба аз нишондоди муқаррарӣ баланд шудааст. Дар хуни ҳайвоноти бемори гурӯҳи III фаъолияти СОД то 57,2%, нисбати

нишондоди гурӯҳи назоратӣ ва то 31,5% нисбати нишондоди гурӯҳи II паст шудааст.

Воридкунии равғани растанӣ ба организми ҳайвонот фаъолияти ферментҳои протеолитикиро нисбат ба нишондодҳои аз гурӯҳи III гирифташуда, баландтар кард (ҷадвали №2).

Ҷадвали №2- Фаъолияти ферментҳои протеолитикии моеъи қабати руйпӯши меъда ва бофтаи ғадуди зерӣ меъдаи каламушҳо бо захролудшавии шадид ва осебёбии чигар, ки дар табобати гепатопротекторӣ мебошанд ($M \pm m$).

Гурӯҳи каламушҳо	n	Пепсин, мг/г	Трипсин, мг/г	Химотрипсин, вох/г
IV-A (равғани чуворимакка)	15	$1,45 \pm 0,021$ $p < 0,05$	$18,80 \pm 0,133$ $p < 0,001$	$1,39 \pm 0,012$ $p < 0,05$
IV-B (равғани пахта)	15	$1,43 \pm 0,022$ $p < 0,05$	$19,0 \pm 0,214$ $p < 0,001$	$1,38 \pm 0,011$ $p < 0,001$
IV-B (равғани офтобпараст)	15	$1,48 \pm 0,01$ $p < 0,005$	$19,59 \pm 0,173$ $p < 0,001$	$1,41 \pm 0,174$ $p < 0,5$
III, (баъди 30 рӯзи саршавии таҷриба бо CCl_4)	10	$1,27 \pm 0,021$ $p < 0,05$	$7,86 \pm 0,091$ $p < 0,05$	$1,0 \pm 0,013$ $p < 0,05$
I (назоратӣ)	10	$1,52 \pm 0,063$	$23,81 \pm 0,23$	$1,43 \pm 0,042$

Эзоҳ: p - Фарқияти статистикийи нишондиҳандаҳои гурӯҳҳо нисбати гурӯҳи назариявӣ.

Дар гурӯҳи ҳайвонҳое, ки барои табобат равғани чуворимакка ва равғани офтобпараст мегирифтанд, миқдори ферментҳои пепсин дар онҳо ба миқдори пепсини каламушҳои назоратӣ баробар шуданд ва бо таъсири равғани пахта синтези химотрипсин ҳам барқарор шуд.

Дар зардоби хуни ҳайвоноти ба организмашон равғанҳои растанӣ ворид кардашуда, пастшавии назарраси миқдори диалдегиди малонат нисбати гурӯҳи назоратӣ мушоҳида карда шуд. Дар гурӯҳи IV-A миқдори ДАМ то 18,8%, дар гурӯҳи IV-B то 22,9%, дар гурӯҳи IV-B то 12,2% нисбати гурӯҳи каламушҳои гурӯҳи III паст шуд.

Тағйирёбии фаъолияти ферменти антиоксидантии СОД дар гурӯҳҳои IV-A, IV-B ва IV-B характери яктарафа дошта, баландшавии он нисбати гурӯҳи III мушоҳида карда шуд. Яъне, фаъолияти ферменти СОД дар гурӯҳи IV-A ба 56,6% ($p < 0,001$), IV-B ба 44,4% ($p < 0,001$), IV-B ба 27,5% ($p < 0,001$) баланд гардидааст.

Равандҳои биохимиявии дар хун гузаранда бо равандҳои дар ҳуҷайраҳои узвҳои дигар гузаранда, муқоисашаванда мебошанд.

Бинобар ин сабаби эҳтимолияти зиёдшавии миқдори ферментҳои протеолитикӣ дар ғадуди зерӣ меъда ва меъдаи ҳайвоноти таҷрибавӣ, ин таъсири антиоксидантии равғанҳои растанигии дорои витамини Е буда мебошад, ки қобилияти барқароркунии структура ва функсияҳои ҳуҷайраҳои захмдоршударо доранд. Бинобар ин, гуфтан ҷоиш аст, ки таъсири антиоксидантии равғанҳои растанигӣ, ки дар таркибашон витамини Е доранд ба барқароршавии сохтор ва фаъолияти муқаррарии ҳуҷайраҳо мусоидат мекунад.

Хулоса. Дар зерӣ таъсири чорхлориди карбон дар каламушҳо фаъолшавии оксидшавии пероксидии липидҳо ва нотавазунии кори системаи ферментҳои антиоксидантии хун ба амал меояд. Дар натиҷа вайроншавии ҳуҷайраҳои меъда ва ғадуди зерӣ меъда аз таъсири радикалҳои озоди оксидкунанда ба амал омада, ба кам ҳосилшавии ферментҳои протеолитикии ин узвҳо оварда мерасонад.

Истифодабарии равғанҳои растанигии таҳқиқотӣ барои табобати ҳайвонҳои таҷрибавӣ дар намуди (моделӣ) осеби шадиди токсикӣ чигар ба паст шудани шиддатно-



кии равандҳои оксидшавӣ бо радикалҳои озод мусоидат карда, ба иқтидол овардани кори ферментҳои муҳофизатии антиоксидантӣ ва инчунин тамоюли барқарор кардани ҳосилшавии протеазаҳои системаи

ҳозима, ки барои истифодаи минбаъдаи равангҳои растанӣ дар табобати комплексии ҳолатҳои патологӣ, хангоми ба организми инсон дохилшавии моддаҳои гуногуни захрнок замина фароҳам меоварад.

Адабиёт

1. Гарбузенко Д. В. Механизмы компенсации структуры и функции печени при ее повреждении и их практическое значение / Д. В. Гарбузенко // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2008. - Т.18, № 6. - С.14-21.
2. Герасимов А. Н. Медицинская статистика: учеб. пособие. - М.: Мед. информ. агентство, 2007. - 480с.
3. Европейская Конвенция о защите позвоночных животных, используемых для экспериментов или в иных научных целях (Страсбург, 18 марта 1986 г.). ETS N 123.
4. Забродский П.Ф. Изменение токсичности и иммунотоксичности тетрахлорметана и карбофоса под влиянием 2,4,6-трифенил-4н-селенопирана и их связь с Р-450-зависимой монооксигеназной системой / П. Ф. Забродский, Б. И. Древко, В. Г. Мандыч, В. Г. Германчук и соавт. // Экспериментальная и клиническая фармакология. - 2008. - Т.71, № 6. - С.42-44.
5. Зайчик А. Ш. Патохимия (эндокринно-метаболические нарушения). / А. Ш. Зайчик, Л. П. Чурилов // - СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2007. - 768 с.
6. Камышников В. С. Справочник по клинико-биохимическим исследованиям и лабораторной диагностике. / В. С. Камышников // - М.: МЕДпресс-информ.- 2009. - 896 с.
7. Королева Л. Р. Современные гепатопротекторы / Л. Р. Королева // Российский медицинский журнал. - 2005. - № 2. - С. 35-37.
8. Меньщикова Е. Б. Окислительный стресс: патологические состояния и заболевания / Б. Е. Меньщикова и соавт. // - Новосибирск: АРТА, 2008. - 284 с.
9. Покровский А. А. Биохимические методы исследования в клинике / А. А. Покровский / - М. 1969. - С. 206-210.
10. Пятницкий Н. П. Определение активности химотрипсина по скорости створаживания молочно-ацетатной смеси / Н. П. Пятницкий, М. Т. Проскуряков // Материалы 17-й науч. конференции физиологов юга РСФСР. - Ставрополь, 1969. - Т. 2. - С. 80 - 82.
11. Пятницкий Н. П. Простой способ определения пепсина в желудочном соке / Н. П. Пятницкий // Клиническая медицина. - 1955. - № 4. - С. 74-75.
12. Островский Ю.М. Экспериментальная витаминология / Островский Ю.М. // Минск. - 1989. -550с.

ИЗМЕНЕНИЕ ПРО- И АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ОСТРОЙ ИНТОКСИКАЦИИ С ТЕТРАХЛОРМЕТАНОМ

Курбанова М.Б., Сабурова А.М., Насырджанова Х.Р., Махсудова М.С.

Кафедра биохимии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Тетрахлорметан это плохорастворимое соединение, которое имеет запах, похожий на хлороформ. При хронических отравлениях характерны желудочно-кишечные расстройства, со снижением массы тела, анемии и приводит к раздражению слизистых обо-

лочек глаз и дыхательных путей. Вызывает также дерматит, иногда экзему и крапивницу.

Воздействие тетрахлорметана на другие ткани и органы человека менее значительно, чем на печень, почки и мозг.

В статье представлены результаты исследования про- и антиоксидантной системы (МДА и СОД), а также состояние активности ферментов пищеварительной системы (пепсин, трипсин, химотрипсин).

В наших исследованиях установлено, что в организме крыс под влиянием CCl_4 происходит активация перекисного окисления липидов и дисбаланс антиоксидантной ферментной системы крови, что приводит к разрушению клеток желудка и поджелудочной железы под действием свободных радикалов, в результате приводит к снижению

продукции протеолитических ферментов в этих клетках.

Показано, что применение растительных масел, которые составляли основу комплексного лечения экспериментальных животных с моделью острого токсического гепатита, снижает интенсивность окислительных процессов, стабилизирует активность ферментов антиоксидантной защиты, а также восстанавливает иммунную систему.

Ключевые слова: Интоксикация тетрахлорметаном, антиоксиданты, протеиназы, растительные масла.

CHANGES IN PRO- AND ANTIOXIDANT SYSTEM DURING ACUTE INTOXICATION WITH TETRACHLOROMETHANE

Kurbanova M.B., Saburova A.M., Nasirjanova Kh.R., Makhsudova M.S.

Department of Biochemistry SEI TSMU named after Abuali ibni Sino

Carbon tetrachloride is a poorly soluble compound that has an odor similar to chloroform. In chronic poisoning, gastrointestinal disorders are characteristic, with weight loss, anemia and leads to irritation of the mucous membranes of the eyes and respiratory tract. Also causes dermatitis, sometimes eczema and urticaria.

The impact of carbon tetrachloride on other human tissues and organs is less significant than on the liver, kidneys and brain.

The article presents the results of a study of the pro- and antioxidant system (MDA and SOD), as well as the state of the activity of digestive system enzymes (pepsin, trypsin, chymotrypsin).

In our studies, it was found that in the body of rats under the influence of carbon dioxide, lipid peroxidation is activated and the antioxidant enzyme system of the blood is imbalanced, which leads to the destruction of the cells of the stomach and pancreas under the action of free oxidative radicals, resulting in decrease in the production of proteolytic enzymes in these cells.

It has been shown that the use of research vegetable masses, which form the basis of the complex treatment of experimental animals with a model of acute liver toxicity, reduces the intensity of oxidative processes, stabilizes the activity of antioxidant defense enzymes, and restores the immune system.

Key words: carbon tetrachloride poisoning, antioxidants, proteinases, vegetable oils.

Курбанова Масуда Бокиевна – н.и.б., дотсенти кафедраи биохимияи МДТ ДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино E-mail: kurbanova_maksuda@gmail.com Тел. 555557034

Курбанова Масуда Бакиевна – к.б.н., доцент кафедри биохимии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Kurbanova Masuda Bakiyevna – Candidate of Biological Sciences, Associate Professor of Biochemistry Department, Avicenna Tajik State Medical University.

Сабурова Анна Мухаммадиевна – д.и.б., профессори кафедраи биохимияи МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино”, E-mail saburova-1939@mail.ru Тел. 918551939

Сабурова Анна Мухаммадиевна – д. б. н., профессор кафедри биохимии ГОУ ”ТГМУ имени Абуали ибни Сино”,

Saburova Anna Muhammadievna - Doctor of Biological Sciences, Professor of Biochemistry Department, Avicenna Tajik State Medical University,



Носирҷонова Хурсанд Раҳимовна – омӯзгори калони кафедраи биохимияи МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино E-mail n_hursand@mail.ru Тел. 919690579

Насырджанова Хурсанд Раҳимовна – старший преподаватель, кафедры биохимии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Nasirjanova Khursand Rakhimovna – Senior Lecturer, of Biochemistry Department, Avicenna Tajik State Medical University

Махсудова Мусаллам Солеҳовна - н.и.х., дотсенти кафедраи биохимияи МДТ ДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино E-mail musalam_1966mahsudova@mail.ru Тел. 918934672

Махсудова Мусаллам Солеҳовна- к.х.н., доцент кафедры биохимии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Mahsudova Musallam Solehovna- PhD in Chemistry, Associate Professor of Biochemistry Department, Avicenna Tajik State Medical University,

САМАРАНОКИИ ТЕРАПЕВТИИ АЛБСИНКАТ ВА МАЛБСИНКАТ ҲАНГОМИ БЕМОРИҲОИ СИРОЯТӢ ВА ИНВАЗИОНИИ ҲАЙВОНОТ

Раҳимова Б.Н.

Кафедраи кимиёи фарматсевтӣ ва заҳршиносӣ

Муҳимияти мавзӯи тадқиқот. Аҳамияти асосии системаи чораҳои зидди эпизоотияи самаранокии табобат дар бемориҳои сироятӣ мебошад. Вазифаи онҳо бартараф кардани сабабҳои беморӣ ва барқарор кардани ҳосилнокии зироатҳо ё ҳолати чорво мебошад. Аз ин рӯ, барои нигоҳ доштани ҳайвонот дар доираи маҷмуи тадбирҳои муборизаи зидди касалиҳои сирояткунанда тадбирҳои табобатӣ андешида мешаванд. Усулҳои универсалии табobati ҳама бемориҳо вучуд надоранд ва дар ҳар як ҳолат бо назардошти патогенез, хусусиятҳои эпизоотологӣ ва механизми интиқоли ангебанда муносибати мушаххас лозим аст. Барои баъзе бемориҳо табобат кардани ҳайвонҳо номувофиқ ҳисобида мешавад, барои дигарон табобат гузаронида мешавад, аммо дараҷаи хатари ҳайвони бемор ҳамчун манбаи агенти сироятӣ ва аз ҷиҳати иқтисодӣ мувофиқ набудани табобатро ба назар гирифтани лозим аст. Ба гурӯҳи бемориҳои инвазивӣ бемориҳои сирояткунанда дохил мешаванд, ки ангебандаи онҳо организмҳо (гелминтҳо, арахнидҳо, ҳашаротҳо ва яқҷояҳо) мебошанд. Ҳайвонот ба ин бемориҳо бо роҳи алиментарӣ (паразитҳои ғайрифаъол дар баробари ғизо ва об ба даҳон медароянд), тамос (ҳангоми тамоси ҳайвони солим бо ҳайвони бемор, инчунин тавассути ашёи нигоҳубин), дар бачадон (ҳомила) сироят меёбанд.

Тамоми бемориҳои инвазивӣ вобаста ба ангебандаи бемориҳо ба якҷанд гурӯҳ тақсим мешаванд: гелминтозҳо, протозозҳо, арахнозҳо ва энтомозҳо.

Доруҳои этиотропӣ (маҳсус), ки барои табобат ва пешгирии бемориҳои сироятӣ ҳайвонот истифода мешаванд, якҷанд гурӯҳи доруҳоро дар бар мегиранд.

Доруҳои зидди гелминтҳо доруҳои мебошанд, ки барои озод кардани ҷисми ҳайвонот аз гелминтҳо ё кирмҳои паразитӣ истифода мешаванд. Онҳо одатан ба таври шифохӣ дода мешаванд.

Инсектисидҳо доруҳои, ки ба ҳашароти паразитӣ таъсири бад мерасонанд ва барои нест кардани онҳо истифода мешаванд (акаритсидҳо – моддаҳои, ки канаро нест меkunанд; репеллентҳо – воситаҳои, ки буғумпоия зарароварро дафъ меkunанд; аттрактантҳо – воситаҳои, ки ҳашаротро ба худ ҷалб меkunанд; хемотростерилантҳо – стерилизаторҳои ҷинсӣ). Агар доруҳо ба ҳашарот ва фулусҳо таъсир расонанд, онҳо инсектоакаритсидҳо номида мешаванд ва барои табobati пӯст дар берун истифода мешаванд.

Антипротозой ё агентҳои антипротозой - доруҳои зидди бемориҳои протозой, ки аз протозой ба вучуд меоянд, ба таври пӯстӣ таъин карда мешаванд.

Мақсади кор омӯзиши самаранокии табobati албсинкат ва малбсинкат дар бе-

морихои сироятӣ ва паразитии ҳайвонот мебошад.

Қисми таҷрибавӣ. Самаранокии албсинкрат ва малбсинкрат дар муқоиса бо окситетратсиклин дар се гурӯҳи ҳайвонот (дар синни 1-6-рӯзагӣ), ки нишонаҳои клиникии дарунравӣ доштанд, санҷида шуд. Ба ҳайвонҳои гурӯҳҳои якум ва дуум ($n=10$) дар як шабонарӯз ду маротиба то барқароршавӣ ба миқдори 0,03 г ба ҳар кг вазни бадан албсинкрат ва малбсинкрат ба таври дахонӣ дода шуданд. Ҳайвоноти гурӯҳи назоратӣ ($n=10$) мувофиқи дастурҳои истифодаи пайвастагии санҷишӣ бо окситетратсиклин табобат гирифтанд. Ҳайвонҳои таҷрибавӣ бо назардошти шифоёбӣ, ҳифзи давомнокии беморӣ, зиёдшавии вазни онҳо зеро мушоҳидаи клиникӣ буданд.

Дар ҳайвоноти таҷрибавӣ пеш аз исти-

фода бурдани албсинкрат ва малбсинкрат депрессияи умумӣ, анорексия, зиёдшавии набз ва афзоиши шиддати нафаскашӣ қайд карда шуд. То истеъмоли албсинкрат ва малбсинкрат ҳайвонҳо ба ангеаҳои беруна вокуниши суст доштанд, камҳаракат буданд, бештар меҳобиданд. Дар ҳайвоноти гирифтори дарунравӣ ихроҷшавии наҷосати моеъ бо омехтаи лахтаҳои казеин, дар рӯзҳои 2-3-юм дарунравии профузӣ бо омехтаи хун ва ҳубобчаҳои газ мушоҳида шуд.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Ҳангоми таҳқиқоти бактериологӣ ангезандаҳои монопатогенӣ ва пайвастаи патогенӣ – *E.coli*, *S.dublin* ва *P.multocida* ошкор карда шуданд. Дар натиҷаи таҳқиқоти доиргашта самаранокии баланди табобатии албсинкрат ва малбсинкрат ҳангоми беморихои сироятӣ – энтеритҳои ҳайвонот муайян карда шуд (ҷадв. 1-2).

Ҷадвали 1.- Самаранокии табобати ғӯсолаҳо бо клиникаи дарунравӣ бо ёрии албсинкрат ва малбсинкрат

Гурӯҳҳои ҳайвонҳо	Озмоишҳо	Шумораи ҳайвонҳо, сар	Аз онҳо шифо ёфт		Мухлати миёнаи табобат (рӯзҳо)
			сар	%	
Таҷрибавӣ	малбсинкрат	20	18	90,0	4,0
Назоратӣ	окситетра-тсиклин	10	7	70,0	6,0

Дар гурӯҳи якуми таҷрибавӣ дар ҳайвонҳо функцияҳои узвҳои ҳозима дар рӯзҳои 3-4-ум, дар гурӯҳи дуум дар рӯзи 4, дар гурӯҳи сеюм дар рӯзи 6-ум ба меъёр баргашт.

Самаранокии терапевтӣ дар гурӯҳи 1-уми таҷрибавӣ 80%, дар гурӯҳи 2-юм 100% ва назоратӣ 70%-ро ташкил дод. Натиҷаҳои таҷрибаҳо дар ҷадвалҳои 5.7.1. и 5.7.2 оварда шуданд.

Ҷадвали 2. - Самаранокии табобати ғӯсолаҳои бемор бо клиникаи дарунравӣ бо ёрии албсинкрат

Гурӯҳҳои ҳайвонҳо	Озмоишҳо	Шумораи ҳайвонот, сар	Аз онҳо шифо ёфт		Мухлати миёнаи табобат (рӯзҳо)
			сар	%	
Таҷрибавӣ	албсинкрат	20	16	85,0	4,0
Назоратӣ	окситетра-тсиклин	10	6	60,0	6,0

Натиҷаҳои болозикри таҷрибаҳо нишон доданд, ки ҳангоми истифода аз албсинкрат муҳлати табобат дар муқоиса бо маводҳои маълум 1-2 рӯз кам шуд.

Ҳангоми истеъмоли дахонии албсинкрат ва малбсинкрат ба миқдори 0,03 г/кг вазни бадан 2 бор дар як шабонарӯз то шифоёбӣ дар маҷмӯъ бо чорабиниҳои ветеринарӣ-санитарӣ ҳифз шудани 90% ҳайвонҳоро таъмин мекунад. Фаъолияти зиддигелминтии албсинкрат ва малбсинкратро дар хоҷагии ғӯсфандпарварии ба номи Латиф Муродови ноҳияи

Ҳисор ва дар совхозии “Данғара”-и ноҳияи Данғара омӯхта шуд. Таҷрибаҳо дар 500 сар ғӯсфанд гузаронда шуданд, ки гирифтори диктиокаулёз ва мониезиоз буданд. Самаранокии табобат бо албсинкрат ва малбсинкрат бо ёрии ташҳиси макрогельминтоскопӣ ва капрологӣ муайян карда мешуд, ки мувофиқи онҳо ҳайвонҳои бемор пеш аз истифодаи албсинкрат ва малбсинкрат ва бо гузашти 20 рӯз таҳқиқ шуданд. Ҳайвонҳои таҷрибавӣ мавриди мушоҳидаи клиникӣ қарор доштанд, ки зимни он муҳлати беморӣ, шифо-



ёбӣ, хифз шудани саршумор, зиёд шудани вазни бадан ба назар гирифта мешуд. Дар натиҷаи истифодаи албсинкат ва малбсинкат беҳбудӣ ҳолати умумии ҳайвонҳо, беҳтар шудани иштиҳо, муътадил гаштани ҳарорати бадан мушоҳида мегардид.

Хулоса. Аз натиҷаҳои таҳқиқотҳои баргузоршуда самаранокии баланди табобатии

албсинкат ва малбсинкат ҳангоми истифода зидди бемориҳои ҳайвонот аз қабili диктиокаулез ва мониезиози гӯсфандон ба чашм мерасад. Дар ҳолати истеъмоли даҳонӣ ногоалбсинкати 22% ба микдори 1,0г/50кг то шифоёбӣ дар якҷоягӣ бо чорабиниҳои ветеринарӣ-санитарӣ хифз шудани 93,8% чорво таъмин менамояд.

Адабиёт

[1]Рахимова Р.Н., Раджабов У.Р., Махмудов К., Рахимов Ф. Биологические свойства мальбцинката/ Сборник научных статей 66 годичной международной научно-практической конференции ТГМУ им Абуали ибни Сино с международным участием «Роль и место инновационных технологий в современной медицине». Душанбе.-2018.- Т.2.- С.399-400

[2]Рахимова Р.Н., Раджабов У.Р., Разиков Ш.Ш. Эмбриотоксическое действие мальбцинката/ Материалы международной научно-практической конференции (67-ой годичной), «Медицинская наука XXI века – взгляд в будущее», посвященной 80-летию ТГМУ им. Абуали ибни Сино и «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)». 2019, Т.3.-С.53-54

Патентҳо

[3]Патент РТ №ТJ 745. Дибацинкат, проявляющий антигрибковую активность / Раджабов У., Рахимова Р.Н., Козихонов А.У., Ёрмамадова С.Г., Саттори И., Махмудов К.Б., Сатторов Н., Бобиев Ф.М. Владелец патента: ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Тадж НИВИ АСХН. В гос. реестре зарегистрировано от 17 декабря 2015г

[4]Патент РТ №ТJ 746. Албцинкат, проявляющий антигельминтную активность. / Раджабов У., Рахимова Р.Н., Козихонов А.У., Саттори И., Ёрмамадова С.Г., Махмудов К.Б., Сатторов Н., Шарофов С.М. Владелец патента: ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Тадж НИВИ АСХН. В гос. реестре зарегистрировано от 17 декабря 2015г.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АЛЬБЦИНКАТА И МАЛЬБЦИНКАТА ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ И ИНВАЗИОННЫХ БОЛЕЗНЯХ ЖИВОТНЫХ

Рахимова Б.Н.

Кафедра фармацевтической химии и токсикологии

Резюме. В статье рассматривается эффективность альбсинката и мальбсинката по сравнению с окситетрациклином в трех группах животных до 6-дневного возраста с клиникой диареи. Животным первой и второй группы (n=10) два раза в сутки до выздоровления в дозе 0,03г/кг массы тела внутрь вводили альбцинкат и мальбцинкат. Животных контрольной группы (n=10) лечили окситетрациклином в соответствии с наставлением по применению испытуемого соединения. У подопытных животных до применения альбцинката и мальбцинката от-

мечали угнетение общего состояния, анорексию, учащение пульса и увеличение интенсивности дыхания. До приема альбцинката и мальбцинката животные слабо реагировали на внешние раздражители, были малоподвижными, больше лежали.

Проведенное исследование выявило высокую эффективность лечения альбсинкатом и мальбсинкатом при инфекционных заболеваниях – энтеритах животных.

Ключевые слова: альбцинкат, мальбцинкат, животные, эффективность, инфекционные заболевания.



THERAPEUTIC EFFECTIVENESS OF ALBZINCAT AND MALBZINCAT IN INFECTIOUS AND INVASIVE DISEASES OF ANIMALS

Rakhimova B.N.

The article discusses the effectiveness of albzincat and malbzincat compared with oxytetracycline in three groups of animals up to 6 days of age with a diarrhea clinic. The animals of the first and second groups (n=10) twice a day until recovery at a dose of 0.03 g/kg of body weight were administered albzincate and malzincate orally. Animals in the control group (n=10) were treated with oxytetracycline in accordance with the instructions for use of the test compound. In experimental animals,

prior to the use of albzincate and malzincate, depression of the general condition, anorexia, increased heart rate and increased respiratory intensity were noted. Before taking albzincate and malzincate, the animals reacted weakly to external stimuli, were inactive, and lay more.

The study revealed the high efficiency of treatment with albsincate and malbsincate in infectious diseases - animal enteritis.

Key words: albzincat, malzincat, animals, efficiency, infectious diseases.

Раҳимова Б.Н.- ассистенти кафедраи кимиёи фарматсевтӣ ва захршиносӣ, МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», Тел. 888 08 2361.

Рахимова Б.Н. – ассистент кафедры фармацевтической химии и токсикологии, ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», Тел. 888 08 2361.

Rakhimova B.N. – Assistant of the Department of Pharmaceutical Chemistry and Toxicology, State Educational Institution «Avicenna Tajik state medical university», Tel. 888 08 2361.

ЧАШНВОРА



**ЧУРАБЕК МУЪМИНОВИЧИ
МУХТАРАМ,**

Шумо ба сифати як мутахассиси фидоӣ дар марҳилаҳои камолоти касбиатон самтҳои омӯзгорӣ, илм ва табибиро муваффақона пеш бурда, дар ҳар кадоми он ба дастовардҳои назаррас ноил гаштаед. Боиси ифтихор аст, ки дар баробари табиби мушфиқу варзида ба камол расидан, тӯли ин солҳо тақдири худро бо Донишгоҳи тиббӣ пайваста, барои омода намудани мутахассисони олидараҷаи соҳаи ҷарроҳӣ сахми босазое гузоштаед.

Шумо фаъолияти кориатонро дар Донишгоҳ соли 2005 аз вазифаи ассистенти кафедраи ҷарроҳии умумии № 1 оғоз карда, то дараҷаи мудири кафедраи анатомияи топографӣ ва амалияи ҷарроҳӣ (аз соли 2009 инчониб) сабзида расидаед, ки инро метавон

самараи талошу кӯшишҳои доимӣ, кордоии масъулияти баландатон дар иҷрои вазифа ҳисобид. Зимни фаъолияти бенуқсон ба ҳайси мудири шуъбаи ҷарроҳии Беморхонаи марказии ноҳ. Колхозобод (1987-2003), директор ва мудири кафедраи ҷарроҳии филиали Донишкадаи тақмили ихтисоси кормандони соҳаи тандурустии Тоҷикистон дар вил. Хатлон (2003-05) низ Шумо аз худ қобилияти баланди ташкилотчигӣ зоҳир намуда, дар рушди ин соҳаи тиб ва муолиҷаи ҳазорҳо нафар беморону ниёзмандон сахми босазо гузоштаед.

Ба ҳайси олими соҳаи тиб низ шахси муваффақ маҳсуб ёфта, муаллифи бештар аз 60 мақолаи илмӣ, 1 китоби дарсӣ, 2 пешниҳоди навоарӣ ва 7 ихтироот дар ин соҳа мебошад. Шумо дар Донишгоҳ ҳамчун шахси поквичдону меҳнатдӯст, донишманду зақӣ, фаъолу боистеъдод, меҳрубону дилсӯз шинохта шуда, бо ин хислатҳо байни беморону кормандони Донишгоҳ обрӯву эҳтироми зиёдеро сазовор гаштаед.

Чурабек Муъминовичи азиз, Шуморо ба муносибати ҷашни фархундаи 60-солагии мавлудатон самимона муборакбод намуда, бароятон осмони софу бегубор, тани дурусту хотири чамъ хушбахтию некномиҳои зиёд орзу менамоем.

Роҳбарияти МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино” ва ҳайати таҳририяи маҷаллаи илмӣ-амалии “Авчи Зухал” Шуморо бо рӯзи мавлудатон табрик гуфта, бароятон тандурустӣ, хушбахтӣ, ва дастовардҳои тозаи илмиву омӯзгориро таманно доранд.

ЁДБУД



**Асадуллоев Самад Ҳидоятвич
(1939-2023)**

17 январи соли 2023 офтоби умри яке аз устодони варзидаи МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”, Аълоҷии тандурустии СССР, Аълоҷии тандурустии Тоҷикистон, табиби дараҷаи олӣ, д.и.т., профессори кафедраи бемориҳои дарунии №1 Асадуллоев Самад Ҳидоятвич гуруб кард.

Асадуллоев С. Ҳ. 9 сентябри соли 1939 дар шаҳри Самарқанди Ҷумҳурии Ўзбекистон ба дунё омада, баъди хатми факултети муолиҷавии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино дар баробари ҳамчун табиби ҳозиқ ба халқу Ватани азиз хизмати софдилонаи тиббӣ расонидан, қариб шаст соли умри бобаракати хешро дар Донишгоҳи тиббӣ ба тарбияи мутахассисони ҷавони тиб бахшидааст. Фаъолияти хешро ба ҳайси ассистенти кафедраи терапияи факултативӣ (1966-83) оғоз намуда, баъдтар ҳамчун дотсент (1983-2000), профессори кафедраи бемо-

риҳои дарунии № 2 (2000-03), мудир (2003-10) ва профессори кафедраи бемориҳои дарунии №1 (аз соли 2010 то охири умр) фаъолият намудааст.

Асадуллоев С.Ҳ. дар давоми фаъолияти бисёрсолаи софдилонааш дар миёни аҳли кафедра ҳамчун шахси ҳалиму меҳрубон, омӯзгори серталабу ғамхор шинохта шуда, соҳиби эҳтироми самимию ҳамкорон ва шогирдон гашта буд. Ба ҳайси олими варзидаи соҳа дар таълиф ва таҳияи якчанд китобҳои дарсӣ, дастурҳои таълимӣ фаъолона ширкат варзида, бештар аз 150 мақолаҳои илмӣ устод оид ба масъалаҳои муҳими пешгирӣ ва муолиҷаи бемориҳои дарунӣ дар нашрияҳои гуногуни илмӣ ҷумхурӣ ва берун аз он ба таъъ расидаанд, ки ҳар кадоми онҳо дар кушодани гиреҳҳои нозуки мушкilotи гуногуни соҳа нақши босазо гузоштаанд.

Профессор Асадуллоев С.Ҳ. ҳамчун раиси комиссияи методӣ оид ба фанҳои муолиҷавӣ, раиси комиссияи проблемавии байнифакултавӣ, узви якчанд шӯрои диссертатсионӣ дар пешбурди корҳои илмӣ таълимии умумидонишгоҳӣ саҳми беназири худро гузоштааст.

Хотираи неки устоди номӣ, олими варзида ва инсони ҳалиму меҳрубон Асадуллоев Самад Ҳидоятвич дар хотираи ёру дӯстон, наздикону пайвандон ва ҳамкорону шогирдонаш то абад боқӣ хоҳад монд.

Роҳбарияти МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино” ва ҳайати таҳририяи маҷаллаи илмӣ-амалии “Авчи Зухал”, кафедраи бемориҳои дарунии №1, МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино”.



**Халифаев Давлат Раҳматович
(1946-2023)**

Халифаев Давлат Раҳматович-доктори илмҳои фарматсевтӣ, профессори кафедраи технологияи фарматсевтии Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ Ибни Сино, яке аз муътабартарин олимони тоҷик дар илми дорусозӣ рӯзи 8 январи соли 2023 ба таври ногаҳонӣ аз олам ҷашм пӯшид.

Халифаев Д.Р. 5 майи соли 1946 дар деҳаи Чашмаи ҷӯшони ноҳияи Муъминобод ҷашм ба олами ҳастӣ кушодааст. Соли 1970 Академияи фарматсевтии шаҳри Пятигорски Руссияро хатм намуда, дар оғоз муддати беш аз даҳ сол барои рушду нумӯи ҳадамоти фарматсевтӣ дар минтақаҳои гуногуни кишвар меҳнати садоқатмандонаро паси сар намуд. Баъдан ҳисси нозуки ҷустуҷуву ковишҳои илмӣ аз нав ӯро ба таҳсилоти ило-

вагӣ водор сохт ва тӯли чор соли таҳсил дар Академияи тиббии шаҳри Москва худро бо донишҳои баланди касбӣ мусаллаҳ намуда, ҳамчун номзади илм ба Ватан баргашт. Фаъолияти минбаъдаи касбиашонро дар ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино ба тарбияи мутахассисони ҷавон бахшида, тӯли солҳо дар соҳаи технологияи фармасевтӣ ба дастовардҳои назаррас ноил гашт ва тавасути меҳнату заҳматҳои монданашаванда ба мартабаҳои профессорӣ ва мудирии кафедраи технологияи фарматсевтӣ расид. Ҳамчун мудир кафедраи технологияи фарматсевтӣ (1984-2015), декани факултаи фарматсевтӣ (1995-97) ва директори Маркази илмию таҷрибавӣ ва истеҳсолии фарматсевтӣ оид ба коркарди доруҳои нав ва ашёи ватанӣ (1997-2008) низ аз худ қобилияти баланди ташкилотчигӣ зоҳир намуда, дар пешрафти самтҳои гуногуни соҳаи дорусозии кишвар ва омода намудани мутахассисони ҷавони соҳа саҳми босазо гузоштааст.

Профессор Д.Р.Халифаев ҳамчун муҳаққиқ низ шахси муваффақ буда, беш аз 300 таълифоти илмӣ, 5 китоби дарсӣ, 6 монография 18 тавсия ва дастурҳои методӣ-шон нишонаи фаъолияти пурсамари он кас дар ҷодаи илм маҳсуб меёбанд. Зери роҳбарии устоди шодравон шогирдони зиёде рисолаҳои илмӣ худро дифоъ намуда, имрӯз дар муассисаҳои гуногуни дорусозии мамлакат содиқона хизмат менамоянд.

Роҳбарияти МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино” ва ҳаёати таҳририяи маҷаллаи илмӣ-амалии “Авчи Зухал”, кафедраи технологияи фарматсевтӣ, МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино”.

ҚОИДАҲОИ ҚАБУЛИ МАҚОЛАҲО
Муаллиф бояд ҳангоми ба идораи маҷаллаи "Авчи Зухал"
Пешниҳод намудани мақола ҚОИДАҲОИ зеринро риоя кунад:

1. Мақола бояд дар компютер бо истифода аз барномаи VS Word 6,0-7,0 хуруфи андозааш 14 Times New Roman Tj, ҳошияҳо 2,5 см ва фосилаи байни сатрҳо 1,5 мм хуруфчинӣ ва дар ду нусха дар як тарафи варақ чоп карда, бо ҳамроҳии шакли ҳатмии электрони мақола пешниҳод гардад.
2. Мақолаҳои оригиналие, ки ба мушоҳидаҳои ҷудогонаи таҷрибаҳои амалӣ бахшида шудаанд, бояд аз 12 саҳифа зиёд набоянд.
3. Пешниҳод кардани Шохиси УДК (индекси мазкурро аз дилхоҳ китобхонаи илмӣ дастрас намудан мумкин аст).
4. Мақолаҳои хулосавӣ бояд муфассал, фаҳмо ва мушаххас бошанд. Маълумотномаи адабиёт бояд маълумотҳои танҳо ба ҳамин мақолаи баррасишаванда марбутро дар бар гирад. Ҳаҷми мақола бояд аз 12 саҳифа зиёд набояд. Иқтибосҳои библиографӣ на бештар аз 50 номгӯ бошанд, дар матн рақамҳо дар қавсайни квадратӣ □ оварда мешаванд.
5. Мақолаҳои илмӣ бе тақриз қбул карда намешаванд. Дар тақриз аслият, муҳиммият, мубрамият ва қаблан чоп нашудани мақола бояд зикр шавад.
6. Дар аввали мақола унвони он (бо хуруфи Caps Lock сиёҳ), ному насаби муаллиф (нимсиёҳ), номи ҳуқуқи муассиса оварда шавад. Дар охири мақола бо ду забон (русӣ ва англисӣ) маълумот дода шавад. Агар шумораи муаллифон аз 4 нафар зиёд бошад, саҳми ҳар як муаллифро дар таълифи ин мақола додан зарур аст.
7. Мақола бояд бобҳои зеринро дошта бошад: реферат (резюме), калимаҳои калидӣ, муҳиммият (дар ҳаҷми на бештар аз 1 саҳифа), мақсад, мавод ва усули таҳқиқ, натиҷаҳо ва баррасии онҳо, хулоса, номгӯи адабиёт, суроға барои мукотибот. Аннотатсия (резюме) бояд мазмуни мақоларо дар шакли фишурда ифода кунад. Дар асоси аннотатсия калимаҳои калидӣ на камтар аз 7 то 10 калима ё ибора нишон дода шаванд.
8. Ҳамаи формулаҳо бояд ба таври ҷиддӣ санҷида шуда ва дуруст бошанд. Агар маълумотҳои бо рақам ифодакардашуда зиёд бошанд, онҳоро дар шакли ҷадвал ворид кардан зарур аст. Ҷадвалҳо, диаграммаҳо ва расмҳо бояд мӯъҷаз, ифодаҳо возеҳу равшан, бе ихтисора ва ба забони тоҷикӣ бошанд.
9. Иллюстратсия (ороиш) -ҳо бояд дақиқу возеҳ ва мушаххас бошанд, овардани шарҳ ва ифодаҳои тартибӣ (бо ҳарф ё рақам) ва навиштаҷоти зери расмҳо ҳатмист.
10. Номгӯи адабиёт дар мақолаҳои оригиналӣ бояд аз 20 адад бештар набояд, рақамгузори сарчашмаи адабиёт мувофиқи тартиби дар матн иқтибосшудани онҳо оварда шавад. Рӯйхати адабиёти истифодашуда бояд дар асоси талаботи ГОСТ 7.1-2003 ва ГОСТ 7.0.5-2008 таҳия гардад. Масъулияти дуруст будани маълумот танҳо ба уҳдаи муаллиф вогузор мешавад.
11. Маълумот дар бораи муаллиф ё муаллифони мақола (ҷойи кор ва вазифаи муаллиф, суроға, телефонҳо барои тамос, почтаи электронӣ) дар шакли пурра бо се забон (тоҷикӣ, русӣ, англисӣ) оварда шавад. Ҳаммуаллифӣ бояд аз се нафар зиёд набояд.
12. Талаботи имлои забони тоҷикӣ ба таври қатъӣ риоя карда шавад.
13. Мақолаҳои қаблан дар нашрияҳои дигар чопшуда қабул карда намешаванд.
14. Идораи маҷалла ҳуқуқи тақриз ва таҳрири мақоларо дорад.

**Мақоларо ба суроғаи зерин фиристонед: 734025, Ҷумҳурии Тоҷикистон,
ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ-139, МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»,**

Идораи маҷаллаи "Авчи Зухал"